*Ytd 6.10

R52858

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES MENTALES

Corbeil. — Imprimerie Crété.

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES MENTALES

PAR

LE Dr H. SCHÜLE

Médecin de l'Asile d'Illenau (Grand-Duché de Bade),
Docteur honoraire de la Faculté de Fribourg en Brisgau,
Membre des Sociétés médico-psychologiques de Paris et de Saint-Pétersbourg,
De la Societa freniatrica italiana, de la Psychological Association de Londres.

TROISIÈME ÉDITION (1886), TRADUITE PAR LES DOCTEURS

J. DAGONET
MÉDECIN ADJOINT DE L'ASILE SAINTE-ANNE

G. DUHAMEL
ANCIEN INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

REVUE ET AUGMENTÉE PAR L'AUTEUR

Préface de M. le Docteur H. DAGONET

Professeur agrégé à l'ancienne Faculté de Strasbourg, médecin honoraire des Asiles de la Seine.

Avec figures intercalées dans le texte.

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1888

A Monsieur le Dr C. HERGT

Conseiller secret,
Directeur de l'Asile d'*Illenau*.

AVANT-PROPOS

Cette traduction française de mon *Traité clinique des maladies mentales* m'inspire un sentiment de gratitude et de joie. Je suis reconnaissant à mes deux excellents confrères les Drs J. Dagonet et Duhamel, d'avoir su, dans leur travail si consciencieux, unir à l'élégance de l'expression une exactitude scrupuleuse. Et, comme les aliénistes français ont contribué pour une large part à former mon instruction scientifique, je suis heureux de pouvoir ainsi collaborer, dans la mesure de mes forces, à leur œuvre commune.

Ce livre ne pouvait recevoir un témoignage plus flatteur que la préface qui a été faite par M. le Dr H. Dagonet, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne; j'adresse à mon très honoré collègue, à ce maître vénéré, mes plus cordiaux remerciements.

Qu'il me soit permis, maintenant, de placer en tête de ce livre cette épigraphe :

« Dans l'*observation* des troubles psychiques, il faut tenir grand « compte des symptômes somatiques, et non pas faire de la folie « une étude exclusivement psychologique. Pour le *traitement*, le « médecin doit considérer que l'aliéné est un individu moral, et ne « pas s'attacher seulement aux symptômes cérébraux physio-patho « logiques. L'observation doit être faite avec la sévérité, la précision « et la prudence nécessaires à toutes les recherches scientifiques ; « le traitement réclame toute l'ardeur généreuse d'un cœur vérita « blement humain. »

H. SCHÜLE.

PRÉFACE

Le *Traité des maladies mentales*, publié par le Dr Schüle, médecin de l'asile d'Illenau (grand-duché de Bade), forme le seizième volume de l'importante collection de Ziemssen. Il a été accueilli en Allemagne avec une faveur marquée; il est, en effet, arrivé à sa troisième édition (1886); c'est maintenant un livre classique. Nous pensons qu'il recevra le même accueil en France, et nous nous faisons un plaisir de le signaler à l'attention des médecins de notre pays. Ce livre est écrit avec un soin particulier, dans un sens véritablement clinique; il est rempli de détails nombreux, quelquefois bien minutieux peut-être, mais toujours intéressants, et n'ayant d'autre but que de donner à l'ouvrage un caractère pratique. Il dénote chez son auteur une érudition profonde et une grande expérience des faits pathologiques si variables que l'on rencontre dans l'aliénation mentale.

Le Dr Schüle a évité, autant que possible, les généralités et les explications théoriques auxquelles se laissent facilement entraîner les médecins qui écrivent sur la psychologie morbide; elles fatiguent en effet l'attention, et font perdre de vue l'objet principal. Au lieu de citer, comme d'autres médecins, des observations de malades, il a cherché, en quelque sorte, à grouper en tableaux cliniques les troubles psychiques si nombreux, et quelquefois si difficiles à classer.

On pourrait lui adresser le reproche de multiplier les variétés symptomatologiques, dont le nombre deviendrait infini si l'on voulait considérer isolément toutes les particularités que nous offre l'étude de l'aliénation mentale. Mais ce n'est là que l'exagération d'un esprit clinique, désireux de ne rien laisser échapper à l'attention du lecteur, et de bien montrer comment les manifestations délirantes peuvent former entre elles des combinaisons multiples.

L'auteur le dit lui-même dans sa préface : « Cette description pa-
« raîtra peut-être trop détaillée, mais nous tenions à présenter une
« symptomatologie aussi complète que possible.

« Si nous avons réussi à faire comprendre que l'observation cli-
« nique nous fait connaître une richesse infinie de formes, peut-être

« pourrons-nous avoir des conceptions générales plus claires, et « trouver les grandes lignes de la psychiatrie particulière. Et, je le « répète, pour atteindre ce grand résultat, il nous faut faire une étude « des symptômes aussi minutieuse que possible. »

Une traduction est toujours une œuvre difficile. Ceux qui veulent l'entreprendre doivent donc chercher, avant tout, un livre d'une utilité incontestable. Nous croyons que les traducteurs ont été bien inspirés en choisissant le traité du Dr Schüle.

C'est le second traité allemand sur l'aliénation mentale qui aura été traduit en français.

Il y a plus de vingt ans, en 1865, paraissait la traduction faite par le Dr Doumic, du livre de Griesinger, professeur de psychiatrie clinique, d'abord à Zurich, puis à Berlin; elle a été annotée par notre savant confrère, le Dr Baillarger. Depuis cette date éloignée, on a publié beaucoup de travaux sur l'aliénation mentale; pour ne parler que de l'Allemagne, nous pouvons citer, à côté du Dr Schüle, deux autres auteurs éminents, les professeurs Krafft-Ebing et Leidesdorf.

Le traité de Griesinger a eu une importance considérable. Ce savant médecin avait tenté d'unir la psychologie à l'observation clinique, comme il nous l'explique dans sa préface : « Ce livre a pour but l'é- « tude psychologique des aberrations de l'intelligence que l'on observe « dans les maladies mentales, non pas dans le sens d'une psycho- « logie théorique, abstraite, pour ainsi dire métaphysique; mais bien « dans le sens d'une psychologie *physiologique*, etc... »

On peut se demander si, dans l'état actuel de la science, il existe réellement une psychologie reposant sur la physiologie cérébrale, et dont celle-ci nous donnerait une explication vraiment scientifique? Les études physiologiques seraient-elles capables d'élucider quelques-unes des aberrations intellectuelles qui caractérisent la folie?

La science n'est pas arrivée à ce degré de perfection, même pour les formes dites organiques de la folie, par exemple pour la paralysie générale dont on connaît pourtant les lésions anatomiques. Est-il possible d'indiquer la cause précise, la nature intime du processus cérébral qui se produit dans cette affection, alors qu'on observe tantôt un délire expansif, ambitieux, tantôt, au contraire, un délire dépressif avec hypochondrie, tristesse, découragement, etc...?

Griesinger ne poursuit pas plus loin ces considérations physiologiques. Dans un discours traduit par notre savant collègue, le Dr Jules Falret (*Ann. méd. psych.*, janvier 1865), il nous fait connaître les idées qu'il professe sur la classification des maladies mentales.

Nous nous bornerons à les résumer : (A), tantôt, le trouble psychique est lié à des anomalies de la *sensibilité*, et, le plus souvent, il repose sur elles. Telles sont les mélancolies à forme précordiale ou

vertigineuse ; celles qui s'accompagnent de troubles hyperesthésiques produisant des sensations multiples auxquelles les malades donnent les noms les plus bizarres, et qui peuvent occuper presque tout le corps (hypochondrie) ; si l'on rapproche de ces états ceux dans lesquels il existe des troubles plus localisés de la sensibilité, on aura le groupe des formes *paresthésiques*.

A côté de ce groupe, on doit placer les formes caractérisées par une diminution de la sensibilité (anesthésie ou analgésie), origine de beaucoup d'interprétations délirantes, et cause fréquente de mutilations. C'est ainsi que des malades se croient privés de certaines parties du corps, ou s'imaginent que celles-ci sont composées de substances étrangères : ce sont les formes *anesthésiques*.

Dans les formes *hallucinatoires*, le délire, qui repose presque exclusivement sur des hallucinations de la vue, de l'ouïe ou de l'odorat, acquiert, par cela même, un caractère spécial.

(B) Une seconde catégorie comprend les cas très nombreux où l'on observe des troubles caractérisés de la *motilité* (affections cérébrales organiques). Tous ces états doivent être compris, d'après Griesinger, sous la dénomination de formes *paralytiques* (paralysie générale).

Les folies liées à l'épilepsie, à la chorée, à l'hystérie, constituent également un groupe à part, car ces différentes névroses impriment un cachet particulier aux troubles psychiques.

Mais il existe un nombre considérable de faits dans lesquels on n'observe, à côté du trouble mental, aucune autre anomalie du système nerveux, où, par conséquent, le mécanisme psychique est seul troublé tandis que les fonctions motrices et sensitives ne le sont pas. Or, dans ces cas, dit Griesinger, n'est-on pas forcé de prendre les caractères principaux, c'est-à-dire les symptômes psychiques, comme base de la classification et comme éléments de diagnostic ?

Ces formes dans lesquelles on ne rencontre que des anomalies psychiques, on peut les désigner sous le nom de *folies simples* (mélancolie, manie, etc.).

Griesinger explique lui-même combien il est difficile d'établir une classification reposant uniquement sur la psychologie pathologique.

« Quelle est donc, ajoute-t-il, l'espèce d'affection cérébrale à « laquelle nous avons affaire dans la folie ? » Et il arrive à conclure que la pathologie cérébrale n'est pas plus avancée que ne l'était la pathologie des organes thoraciques avant Laënnec.

Baillarger, dans une de ses notes, semble donner à ces réflexions de Griesinger toute son approbation. Il fait remarquer qu'un progrès considérable a été réalisé depuis les travaux d'Esquirol et de Bayle, qui séparaient les aliénés paralytiques au premier degré (formes maniaque, mélancolique, monomaniaque de la paralysie générale)

des malades atteints de folie simple : jusqu'alors on trouvait très souvent des méningites et des encéphalites dans la folie. La science, d'après l'opinion de Baillarger, ne peut que gagner à cette analyse qui tend à séparer de plus en plus les *névroses intellectuelles* des maladies inflammatoires du cerveau (Griesinger, trad. Doumic, p. 11).

Les détails dans lesquels nous sommes entrés n'ont d'autre but que de bien faire comprendre la tendance générale qui, depuis longtemps déjà, porte les aliénistes à chercher une base plus rationnelle de classification que celle qui a été adoptée par Esquirol, et qui repose sur la symptomatologie. Jusqu'à présent les auteurs les plus recommandables n'ont pu que constater l'impossibilité d'établir cette classification.

On sait la place considérable que Krafft-Ebing, professeur à l'Université de Graz (Autriche), s'est faite dans la science. Sans essayer de résumer ici ses importants travaux, nous voulons seulement constater que cet auteur pense avec Griesinger que, dans l'état actuel de nos connaissances, ni l'anatomie pathologique, ni les symptômes ou la marche de l'affection mentale, pris isolément, ne peuvent servir de base à une classification satisfaisante : il convient, suivant lui, d'utiliser ces trois ordres de facteurs, en combinant les données fournies par chacun d'eux. Il admet, en conséquence, trois groupes principaux dans ce qu'il appelle les *psychoses :* 1° les *psycho-névroses*, affections vésaniques pures dans lesquelles la prédisposition héréditaire manque ou n'existe qu'à l'état latent, et n'a qu'une faible importance; 2° les *dégénérescences psychiques :* dans cette classe, où il existe presque toujours une prédisposition, on observe des signes qui font plus ou moins prévoir l'explosion de la maladie mentale, et, dans ce cas, celle-ci a des caractères spéciaux, tels que la périodicité, les actes impulsifs, les aberrations morales, quelquefois monstrueuses, la coïncidence singulière de la lucidité et du délire, etc...; 3° le groupe des *affections cérébrales* (dites *organiques*) où les symptômes psychiques prédominent (démence, paralysie générale, alcoolisme, etc.); 4° les *arrêts de développement* (idiotie, crétinisme).

Le Dr Schüle, dans sa classification symptomatologique, se rapproche de Krafft-Ebing.

L'arrêt, ou l'exagération de l'activité intellectuelle se traduit, suivant lui, par la dépression ou l'expansion (mélancolie et manie). Ces deux états constituent un premier et un deuxième groupe; un troisième groupe, la suppression primitive plus ou moins complète des phénomènes psychiques conscients et actifs, telle qu'on l'observe dans la stupeur, peut être rapproché du sommeil profond, sans rêves, ou des états hypnotiques. Cette suppression se retrouve avec des modifications infinies dans la démence, qui comprend les stades terminaux

des affections primitives : ce sont alors les états d'affaiblissement psychique.

Un quatrième groupe (délire systématisé) doit être comparé au rêve. Dans un cinquième groupe se place l'idiotie, c'est-à-dire l'affaiblissement psychique congénital.

Mais ces groupes, dit Schüle, sont seulement symptomatologiques; ils ne sont reliés que par la *forme extérieure;* ils sont trop larges, et, par suite, mal déterminés. Si l'on examine plus attentivement les cas observés, on s'aperçoit aussitôt qu'ils se distinguent par des différences cliniques importantes, bien que les traits généraux soient concordants. Ces cas diffèrent tellement l'un de l'autre qu'il ne reste, en somme, qu'une sorte de *type moyen* pour représenter chaque groupe.

La *marche* des affections réunies dans un même groupe d'après leurs caractères psychologiques, présente la plus grande utilité au point de vue clinique; elle nous permet, en effet, de tirer les déductions les plus précieuses sur la gravité plus ou moins grande de l'affection. En d'autres termes, les manifestations psychologiques se modifient suivant la lésion et les caractères anatomo-physiologiques de l'affection cérébrale. Nous renvoyons, pour de plus amples détails, au chapitre *Classification.*

La marche et la nature des *symptômes* forment donc aussi une base de classification, qui ne sera plus symptomatologique, mais clinique et pathologique : on arrive ainsi à distinguer les psycho-névroses, les cérébro-psychoses, etc...

Le développement et la marche de l'affection mentale sont, d'autre part, en rapport avec la *force de résistance cérébrale.* Ainsi, dans un cas, il n'y a aucune prédisposition à la folie; dans un autre cas cette prédisposition existe, qu'elle soit acquise par diverses circonstances, ou qu'elle soit héréditaire; de là les psychoses du cerveau *valide*, et les psychoses du cerveau *invalide.* Cette division répond à l'observation clinique. Les invalides du cerveau, Lasègue les avait déjà désignés sous le nom de *cérébraux.*

Nous avons résumé les principes de la classification adoptée par le Dr Schüle. Celle-ci est, on le voit, compliquée, et n'a pas toute la clarté désirable. Cela était inévitable du moment où l'auteur s'appuyait sur des caractères multiples, dissemblables, ou même incertains. Ce sont là des moyens d'appréciation qui doivent être employés pour l'étude des cas particuliers, individuels, mais qui ne peuvent guère être utilisés pour résumer d'une manière générale les faits pathologiques. C'est pour nous une preuve nouvelle des difficultés que l'on rencontre lorsqu'il s'agit d'établir une classification rationnelle des maladies mentales. Celle qui a été adoptée par le Dr Schüle a, d'ailleurs, l'avantage de reposer sur l'observation clinique.

La pathologie spéciale, la description des formes particulières d'aliénation est traitée d'une manière magistrale. L'auteur entre dans les détails les plus circonstanciés, et nous donne de l'affection qu'il décrit une idée aussi nette que possible. Nous ne pouvons résister au plaisir de résumer en quelques lignes son étude sur la mélancolie pour faire comprendre la manière dont il procède pour décrire chacune des formes d'aliénation.

Après avoir donné quelques indications bibliographiques, l'auteur expose l'étude générale de la mélancolie, puis il décrit successivement les formes principales par lesquelles elle se traduit. Il montre, dans la mélancolie, une altération parallèle de l'*intelligence* et du *sentiment*, et une modification primitive ou secondaire de la *volonté*.

« La dépression douloureuse est le symptôme principal; elle peut être non motivée; c'est la maladie cérébrale devenue consciente. Souvent le malade en reste là; mais ordinairement il trouve une explication, et il rattache le sentiment douloureux vague à une idée, à un souvenir pénible de sa vie antérieure, ou à un événement actuel. »

L'angoisse intérieure se traduit par les réflexes moteurs les plus variables, par l'expression *phonétique*, *mimique* et *réflexe;* de là toute une série de types mélancoliques : mélancolies active, hypochondriaque, agitée, *melancholia attonita*, etc...

Les manifestations de l'intelligence sont ralenties par la dépression douloureuse; le mouvement des idées est, en quelque sorte, arrêté; l'idée douloureuse du début empêche la formation d'idées d'autre nature; on observe, en un mot, une gêne et une paresse croissantes de l'activité intellectuelle.

Les troubles sensoriels et sensibles, vaso-moteurs et trophiques sont l'objet d'une étude clinique très intéressante. La nutrition, la température, la respiration, la menstruation, etc..., toutes les grandes fonctions sont altérées. L'odorat, le goût, le toucher donnent lieu à des phénomènes d'interprétation remarquables. Les hallucinations et les illusions, tout est examiné avec le plus grand soin.

Après cet exposé général l'auteur passe en revue les formes principales de la mélancolie ; nous y renvoyons le lecteur.

Le *délire systématisé* (Wahnsinn-Paranoia) adopté depuis longtemps par les auteurs allemands comprend, d'après le Dr Schüle, un groupe très important d'aliénés.

On y retrouve les *monomanies* d'Esquirol, affectives, instinctives, érotiques, ambitieuses, etc..., monomanies dans lesquelles, dit Esquirol, l'intelligence est conservée, en même temps que l'on observe la perversion des sentiments, du caractère, une conduite bizarre, des actions involontaires, instinctives, irrésistibles : citons, par exemple, les monomanes enthousiastes, les prophètes, les théomanes, etc...

« Don Quichotte », ajoute cet illustre médecin, contient une description admirable de la monomanie qui régna dans presque toute l'Europe à la suite des Croisades, mélange d'extravagance amoureuse et de bravoure chevaleresque, qui, chez plusieurs individus, était une véritable folie.

« Le délire systématisé typique, suivant le Dr Schüle, est caractérisé par ce qu'on appelle un trouble partiel de la conscience, à côté duquel les autres facultés intellectuelles peuvent être conservées saines : dans la partie saine et dans la partie malade, dans l'ancien Moi et dans le Moi nouveau, une logique apparente subsiste ; à part le cercle de ses idées délirantes, le malade peut conserver pendant longtemps la même aptitude et les mêmes lumières ; dans certains ordres de connaissances, il défend avec la même énergie ses idées exactes et ses conceptions délirantes. »

Dans ses généralités, l'auteur donne, sur ce point, les détails les plus circonstanciés. Il fait remarquer que dans les cas chroniques du délire systématisé les idées délirantes ont une tendance à se coordonner logiquement entre elles, à former un *système*. Elles peuvent revêtir un caractère dépressif, mélancolique, hypochondriaque, expansif, etc... Ces différents délires ne constituent pas des groupes cliniques nettement séparés, mais ils forment entre eux des combinaisons multiples. Le plus souvent, les actes sont sous la dépendance des idées délirantes ; la conduite traduit fidèlement le trouble intellectuel.

Parmi les variétés de ce délire systématisé nous trouvons le *délire des persécutions* si bien décrit par Lasègue, Legrand du Saulle et d'autres médecins français. Quelquefois il se combine avec des idées ambitieuses, les précède ou les suit. D'intéressantes discussions ont eu lieu à ce sujet, récemment, à la Société médico-psychologique de Paris. Aussi la description faite par le Dr Schüle sera-t-elle lue avec un intérêt particulier.

Le délire *systématisé ambitieux chronique* comprend les formes religieuse, érotique, philanthropique, isolées ou combinées entre elles. Les symptômes cliniques sont communs à toutes ces variétés qui se distinguent seulement les unes des autres par la nature des idées délirantes.

Le Dr Schüle fait, à cette occasion, la remarque judicieuse qu'il n'est pas de malade plus dangereux, pour lui-même comme pour les autres, qu'un délirant systématique *religieux;* le suicide, le meurtre, les mutilations sont souvent observés dans cette forme.

Au délire systématisé chronique, l'auteur oppose le *délire systématisé aigu*, caractérisé par une marche aiguë ou subaiguë, par des hallucinations, par une obnubilation plus ou moins marquée de la conscience ; l'humeur est excessivement variable, ou quelquefois persis-

tante (elle dépend de la nature des hallucinations), ou bien c'est une indifférence absolue. La conduite du malade est dictée par les hallucinations, c'est une réaction psychique (type mélancolique); ou bien les actes moteurs sont la conséquence directe de l'irritation cérébrale et de l'épuisement nerveux (types maniaque et stupide); un autre groupe est caractérisé par un trouble spécial de la motilité (*status attonitus*).

Les variétés du délire systématisé aigu sont nombreuses : délire systématisé aigu *sensoriel, mélancolique* (démonomaniaque), *maniaque*, avec *status attonitus* (catatonie), avec *stupeur* (ou *stupeur hallucinatoire*).

Le délire *systématisé secondaire* présente un caractère spécial de confusion; il marque une tendance vers l'affaiblissement psychique progressif.

Toutes ces variétés méritent d'attirer l'attention du clinicien. Le Wahnsinn des auteurs allemands a été souvent mal compris en France; aussi avons-nous cru devoir le signaler dans cette préface. Nous pensons même qu'on pourrait réunir sous cette dénomination de délire systématisé certaines variétés habituellement rattachées par nous à d'autres formes d'aliénation.

Sous le nom de *démence aiguë* l'auteur décrit une forme d'aliénation que nous appelons stupeur ou stupidité.

Esquirol *le premier* avait dénommé ainsi une affection dont le diagnostic, disait-il, était difficile, et dans laquelle on observait un état de stupeur et une suspension plus ou moins complète de l'activité intellectuelle. Pour Baillarger, c'était une variété de la *mélancolie* et il faisait remarquer que, chez de tels malades, il y avait perte de la conscience du temps, du lieu, des personnes, et, à un degré plus élevé, suspension de la volonté. En Angleterre, l'expression de *démence aiguë* est adoptée par Hack Tuke; elle est rejetée au contraire par les auteurs français.

M. le professeur Ball appelle *torpeur cérébrale* cet état passager de dépression intellectuelle qui peut en imposer pour une forme particulière de démence, « mais qui en diffère essentiellement par son point de départ, sa durée relativement courte et son pronostic favorable. La démence, telle que nous la comprenons, n'est ni une entité morbide, ni une affection primitive; c'est l'expression clinique variable, selon les conditions qui la déterminent, d'une déchéance progressive des fonctions de la vie psychique. A côté de cet affaiblissement graduel et inexorable de l'intelligence, on assiste à la ruine généralement plus lente des forces physiques et de la vie de nutrition, etc. » (Ball et Chambard, art. Démence, *Dict. des sc. méd.*).

Il n'existe aucune parenté entre la démence aiguë et la démence

véritable ; pourquoi se servir alors de cette expression de démence aiguë qui peut être une cause de confusion? Il est regrettable que le Dr Schüle ne se soit pas servi d'un autre terme pour caractériser la forme spéciale qu'il décrit.

Sous le nom de *folies héréditaires*, Schüle décrit, comme d'autres auteurs, une classe importante de malades chez lesquels il existe une prédisposition héréditaire et des troubles psychiques caractéristiques.

Nous tenons à faire ici quelques réserves.

La prédisposition héréditaire joue un rôle considérable dans le développement des maladies mentales, personne ne le conteste, et nul ne met en doute les stigmates qu'elle peut déterminer sur l'organisation morale ou physique de quelques individus; mais cette prédisposition imprime-t-elle toujours ou même souvent, un cachet, une physionomie particulière à la maladie qu'elle vient développer? Est-il, en un mot, possible, à la seule inspection des symptômes, d'affirmer l'existence de cette prédisposition? Nous croyons que les folies dites *héréditaires* doivent être encore, à ce point de vue, l'objet d'une étude sérieuse. Ces formes spéciales d'aliénation existent; mais doivent-elles être toujours rattachées à l'hérédité? L'observation clinique ne nous a pas paru sanctionner cette manière de voir.

Ces formes anormales et *pernicieuses* de la folie, qui heureusement sont exceptionnelles, présentent un caractère spécial de gravité. Le raisonnement est plus altéré, le sens moral plus perverti; l'individu est, pour ainsi dire, plus profondément touché par la folie. Certes, l'hérédité peut intervenir souvent et aggraver encore ces formes anormales; mais nous contestons que l'on doive ranger sous ce nom de folies *héréditaires* toutes ces anomalies bizarres, extraordinaires, monstrueuses ; elles ne sont ni plus ni moins héréditaires que les autres formes d'aliénation mentale ; elles peuvent même exister en dehors de toute hérédité morbide.

C'est aussi à une transmission héréditaire qu'il faut souvent rattacher l'idiotie, l'imbécillité, les folies suicides, ainsi que la plupart des auteurs l'ont constaté.

Pour Morel, il existe une classe à part de névropathes : les *délirants émotifs* que l'on ne doit pas confondre avec les hypochondriaques et les hystériques : rien de plus commun, dit-il, que de rencontrer parmi les ascendants de ces individus de véritables aliénés. Souvent ces délirants émotifs se distinguent seulement par des excentricités ridicules : ils n'osent pas toucher de la monnaie d'or, d'argent ou de cuivre, ouvrir une porte, traverser une rue; ils sont dans l'impossibilité de prendre la plus insignifiante des résolutions; ces émotifs font le désespoir et le tourment perpétuel de leurs familles (Soc. médic. psych. 29 novembre 1869; *in Ann. méd. psych.* janvier 1870).

Ces formes d'aliénation sont aussi décrites par Schüle sous le titre d'héréditaires.

D'autre part, il n'est pas difficile de citer des observations de malades chez lesquels une prédisposition héréditaire, quelquefois des plus intenses, était incontestable et qui n'ont, cependant, présenté aucun signe de dégénérescence, aucun stigmate accusant la tare héréditaire ; ils ont fait preuve de bonne conduite et d'intelligence dans les fonctions dont ils ont été chargés jusqu'à l'âge plus ou moins avancé où ils ont été pris de la forme d'aliénation mentale dont ils portaient le germe. Nous avons relevé les observations de plus de trois cents malades, chez lesquels il existait une prédisposition héréditaire évidente, et nous n'avons pas retrouvé chez eux les caractères assignés aux folies « héréditaires ».

Ces quelques observations que nous croyons justifiées ne nous empêchent pas de rendre pleine justice à la valeur incontestable de ce traité véritablement clinique.

La traduction de cet ouvrage, éditée avec le plus grand soin par MM. Delahaye et Lecrosnier, permettra aux médecins français de connaître exactement les idées et la classification admises par les aliénistes allemands.

Le succès qu'il a obtenu en Allemagne, il le retrouvera certainement en France.

H. DAGONET,

Médecin de l'Asile Sainte-Anne.

PRÉFACE

DE LA TROISIÈME ÉDITION.

Dans cet ouvrage, nous entreprenons de décrire les différentes formes de la folie. Ce n'est pas simplement une nouvelle édition de notre ancien traité ; ce livre est nouveau, plus complet que le précédent, et non seulement nous y étudierons soigneusement les types morbides, mais encore nous y examinerons comment les symptômes et la marche varient, comment les différentes formes se combinent et se transforforment l'une dans l'autre. Tout en s'inspirant, pour les chapitres les plus impoptants, des principes généraux de la psychologie patho logique, ce livre est surtout une étude clinique des maladies mentales. Il nous a fallu renoncer à une description longue et approfondie de l'étiologie, pour ne point donner à cet ouvrage une étendue excessive ; par contre, le pronostic et la thérapeutique occupent la place considérable qu'ils méritaient. Notre travail repose seulement sur des observations recueillies dans l'asile d'Illenau ; les unes nous ont été fournies par notre expérience personnelle de vingt-cinq années, les autres ont été empruntées à nos prédécesseurs. Parmi eux, nous citerons d'abord le nom du regretté Dr Kast. Nous devons cet hommage à cet excellent ami qui fut un remarquable observateur. Nous avons tenu à n'utiliser que les ressources puisées dans l'asile, pour faire une œuvre indépendante et personnelle ; ainsi les conclusions tirées de ces recherches, si elles concordent avec les opinions des différents auteurs, les confirmeront avec d'autant plus de force ; pour cette même raison, nous n'avons réservé qu'une place très modeste à la bibliographie.

Pour les deux chapitres de la folie épileptique et de l'idiotie, notre ami et collègue d'Illenau, le Dr Fischer, et surtout notre collègue de Stetten, le Dr Wildermuth, nous ont fourni une grande partie des matériaux et les conseils les plus précieux. Nous leur en

témoignons ici notre gratitude, ainsi qu'à notre excellent ami Krafft-Ebing.

Nous avons été heureux de placer en tête de ce livre le nom de notre très honoré ami et collègue Hergt, au moment où l'on fêtait la cinquantième année de sa pratique médicale. C'est un témoignage de vénération, en même temps qu'un souvenir de nos efforts communs dans notre asile d'Illenau. M. Hergt a consacré la plus grande partie de sa vie à la prospérité de l'asile, et les résultats obtenus sont dus pour la plupart à son travail et à son exemple.

H. SCHÜLE.

Illenau, novembre 1885.

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES MENTALES

INTRODUCTION

COMMENT IL FAUT COMPRENDRE LA FOLIE.

But de ce livre. — Nous ne pouvons comprendre actuellement la folie que comme un trouble psychologique. Pour nous, ce terme de folie correspond à un état pathologique du Moi, état dans lequel le libre arbitre est supprimé.

Les données certaines acquises au lit du malade, la physiologie et la psychologie ont montré que les fonctions intellectuelles dépendent de l'état du cerveau, organe de la pensée. Les recherches cliniques et anatomiques sur l'aphasie nous ont fait connaître en détail la relation de certains troubles psychiques avec les lésions cérébrales en foyer; l'étude des localisations a fourni sur ce point de nouvelles lumières. Cette opinion est confirmée par l'anatomie pathologique des maladies mentales elles-mêmes, car, dans plusieurs formes de ces affections, on a trouvé des lésions cérébrales. Nous pouvons donc compléter ainsi notre première définition : « La folie est une maladie du Moi, ayant un substratum anatomique, et causée par une affection cérébrale. »

Dans l'état actuel de la science, cette proposition peut paraître trop absolue; c'est là pourtant une hypothèse solidement assise, et confirmée par la physiologie aussi bien que par la pathologie. L'anatomie pathologique ne nous permet pas de faire un diagnostic rétrospectif de folie, de même que, en examinant un cerveau, nous ne pouvons savoir quelle était l'intelligence du sujet; la conclusion ne peut être déduite aussi simplement. Mais on

peut et l'on doit diagnostiquer une affection cérébrale, quand les actes intellectuels sont anormaux, si l'on admet une relation entre le fonctionnement cérébral et l'acte psychique. Cette relation est prouvée pour les fonctions psychiques élémentaires; pour des fonctions plus élevées, et, en général, dans les cas pathologiques, ces relations sont plus compliquées ; dans ces cas pathologiques, il faut tenir compte non seulement de la lésion anatomique microscopique ou grossière, mais de l'hérédité qui imprime un cachet particulier à chaque individu. Cette estimation, je ne dis pas cette notion exacte, est un desideratum qui ne sera satisfait que dans un avenir lointain. L'expérience nous permet de supposer que l'hérédité se traduit anatomiquement par la configuration du cerveau, et surtout, peut-être, des circonvolutions, par le poids cérébral, etc...: mais nous en sommes encore aux suppositions. Les modifications pathologiques de la circulation du cerveau, pendant le développement de cet organe, doivent certainement aussi jouer un rôle. La lumière n'est pas faite sur tous ces points. Il en est de même des relations des différents territoires cérébraux entre eux, et des régions sensitives avec les centres corticaux de l'aperception et de la volonté. On voit, par suite, combien est peu significative la constatation à l'autopsie d'une anémie ou d'une hyperhémie cérébrale. Cependant nous devons toujours nous attacher aux plus petits détails de l'anatomie pathologique; outre le cerveau, il faut encore examiner avec soin la moelle, le sympathique, et tous les organes dont les lésions ou l'intégrité ont pu influer sur la nutrition du système nerveux. Notre étude doit encore être surtout psycho-physiologique, mais nous pourrons, peu à peu, acquérir des connaissances anatomo-pathologiques plus étendues.

Il ne suffit pas, pour caractériser psychologiquement l'aliénation mentale, d'un seul trouble intellectuel, d'une pensée bizarre, d'un sentiment ou d'une conduite anormale, d'une erreur des sens. Des hallucinations peuvent, on le sait, se produire, dans certaines conditions, et d'une manière passagère, chez des individus normaux ; d'un autre côté, la crédulité de certaines gens, qui vaut bien les idées insensées des aliénés, n'est pas cependant pathologique. L'aliénation trouble tout le fonctionnement psychique, et, dans sa pensée, ses sentiments et sa conduite, le malade est incapable de se déterminer d'après son libre arbitre, d'après des motifs réfléchis et discutés par lui ; il obéit à une force obsédante, irrésistible, durable ou momentanée, qu'elle soit représentée par des idées ou par des sentiments. Cette force, à laquelle le Moi ne peut se soustraire, caractérise la folie. Le malade obéit passivement à cette force, ou bien il cherche à y résister ; dans les deux cas, il ne peut se débarrasser de l'obsession, ni par la volonté, ni par le raisonnement. Ce trouble semble devoir être rattaché à l'affection organique, et l'on comprend ainsi qu'il s'étende à tout le fonctionnement psychique ; autrement ce serait seulement une erreur intellectuelle

ou morale, facile à redresser ; il n'en est pas ainsi dans la folie, qui imprime un *caractère pathologique au Moi tout entier*.

Il n'en faut pas conclure que, dans un cas donné d'aliénation, *toutes* les manifestations psychiques soient faussées. Il existe un groupe considérable de cas auxquels s'applique la définition du début, expliquée comme nous venons de le faire, et dans lesquels on trouve cependant un certain nombre d'idées justes, de sentiments droits et d'actions correctes. Ces malades sont pourtant des aliénés dans toute l'acception du mot. Le point essentiel est que, si quelques associations d'idées peuvent encore se produire correctement, cependant la lésion de la volonté est de plus en plus marquée, et le Moi est de plus en plus compromis. Alors s'évanouit l'apparence d'un libre arbitre permettant d'apprécier la valeur des idées et la réalité des sensations : l'état d'aliénation est créé. Il n'existe pas de trouble intellectuel partiel ; ce trouble est toujours général, même s'il laisse intactes certaines idées associées, pendant un certain temps ou pendant toute l'existence. Cette force irrésistible, caractérisant la folie, ne doit pas être admise seulement lorsque la conduite du malade correspond à l'idée délirante ; mais il faut l'admettre encore si l'idée délirante s'est fixée, a pénétré tout le Moi, et enfin est devenue le point de départ du raisonnement délirant (délire des persécutions). Cette constatation est indispensable ; car qui oserait, dans des conditions données, dire (quand le fonctionnement psychique est si complexe) si une prémisse fausse, consciente ou non, n'a pas exercé une influence déterminante ? Il faut faire de la conduite extérieure du malade une étude non seulement analytique, mais surtout synthétique. L'opinion du public, par suite, doit être prise en considération sérieuse, car elle est d'autant plus exacte qu'elle a procédé par synthèse, d'après l'ensemble des actes. Ce qui est bien plus caractéristique qu'une lacune de l'intelligence, ce sont les changements du caractère, les efforts mal ordonnés et infructueux, même quand l'altération intellectuelle n'est pas particulièrement marquée.

Nous n'avons pas encore d'idées générales sur la *nosologie* du processus cérébral dont le résultat est la folie ; nous ne savons pas quelles parties du cerveau sont surtout atteintes. Bien des raisons font croire que la couche corticale est le siège de l'affection, qui serait diffuse, et frapperait surtout le lobe frontal, la région de Rolando, les circonvolutions temporale et pariétale supérieures. On constate un processus de dégénération et d'atrophie, particulièrement dans la paralysie générale, qui atteint régulièrement ces parties du cerveau ; nous avons là une affection qui lèse la personnalité dans ses territoires fonctionnels psychique et moteur, dans le Moi intellectuel et physique ; c'est là une indication précieuse. Cette opinion s'appuie également sur des considérations théoriques (physiologie ; développement du cerveau). Là s'arrête notre science. Cliniquement, il est très probable que dans certaines psychoses dites

fonctionnelles (mélancolie et manie), le système vaso-moteur joue un rôle important. Pour d'autres psychoses, nous négligeons cet ordre de faits, mais nous avons d'autres données anatomiques, les particularités congénitales de l'encéphale, le développement cérébral, qui nous expliquent l'altération de l'intelligence, sans cependant nous indiquer le siège de la lésion, ou nous dire pourquoi les symptômes apparaissent de préférence à une certaine époque de la vie, par exemple à la puberté (virus héréditaire). Pour une autre classe, la pathogénie nous indique des états acquis d'affaiblissement et d'épuisement du système nerveux central (délire systématisé aigu et démence). Et, enfin, pour un dernier groupe important, elle nous montre des lésions organiques manifestes, dont la psychose a été la manifestation (paralysies modifiées).

La configuration des circonvolutions, le poids cérébral, les malformations cérébrales et crâniennes, les anomalies vasculaires, sont les premiers points de repère sur lesquels se guideront les anatomistes. Les variations de la masse sanguine, de la pression intravasculaire, les effets probablement différents des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs, les notions expérimentales et cliniques acquises sur la topographie des circonvolutions et leurs relations entre elles, sont les jalons de la physiologie de l'avenir. D'autre part, la physiologie empirique et expérimentale (Wundt) donnera la signification exacte des troubles intellectuels chez les aliénés. Ce sont toutes ces voies qu'il faut explorer pour arriver au but, c'est-à-dire à une nosologie réelle de l'aliénation.

La science des maladies mentales doit comprendre : 1° l'étude des différents symptômes psychopathiques considérés en eux-mêmes : 2° l'étude des formes complexes dans lesquelles se combinent ces différents symptômes. La première partie correspond à la psychiatrie générale, la seconde à la psychiatrie particulière. Il faut y joindre l'étiologie, dont l'importance est également grande au point de vue médical et social.

Nous nous sommes surtout donné pour tâche d'étudier cette *seconde* partie, la psychiatrie particulière, qui décrit les types morbides spéciaux, leur développement, leur marche, leur terminaison, et, autant que possible, leurs transformations multiples et leurs combinaisons. Cette étude se fera au lit du malade, ou pour mieux dire dans l'Asile. A cette description clinique, nous ajouterons quelques aperçus de psychiatrie générale, nécessaires pour mieux comprendre la clinique (idées obsédantes, etc.).

En somme, nous nous sommes efforcé de décrire aussi complètement que possible les différents types cliniques, avec toutes leurs variétés, telles que nous les fait connaître l'observation journalière.

De cette manière, nous distinguerons des groupes secondaires, étiologiques ou symptomatologiques qui reposent sur un nombre suffisant d'observations identiques et qui se rattachent cependant à l'un des types morbides.

Cette description paraîtra peut-être trop détaillée, mais nous tenions à présenter une symptomatologie aussi complète que possible. Si nous avons réussi à faire comprendre que l'observation clinique nous montre une richesse infinie de formes, peut-être pourrons-nous avoir des conceptions générales plus claires, et trouver les grandes lignes de la psychiatrie particulière. Et, je le répète, pour atteindre ce grand résultat, il nous faut faire une étude des symptômes aussi minutieuse que possible.

Bibliographie. — *Manuels et traités complets de psychiatrie* auxquels nous renvoyons une fois pour toutes : Griesinger, *Traité*. — Spielmann, *Diagnostic des maladies mentales*. — Flemming, *Pathologie et traitement des psychoses*. — Neumann, *Traité de psychiatrie*. — Leidesdorf, *Traité*, 1867. — Schüle, *Manuel des maladies mentales*, 2e édition, 1880. — Arndt, *Traité de psychiatrie*, 1883. — v. Krafft-Ebing, *Traité*, 2e éd., 1883. — Meynert, *Psychiatrie* (la 1re partie seule est parue). — Esquirol, *Maladies mentales*. — Falret, *Maladies mentales*. — Morel, *Traité des maladies mentales*. — Dagonet, *Traité des maladies mentales*, 1876. — Guislain, *Leçons orales*. — Maudsley, *Physiologie et Pathologie de l'Esprit*. — Bucknill et Tuke, *Manuel*. — Hammond, *Traité*, 1883. — Blandford, *Troubles intellectuels*. — Weiss, *Compendium de psychiatrie*. — Kraepelin, *Comp. de psych.*, 1883. — Pour la partie générale (*Symptomatologie*, *Étiologie*, *Pronostic*, *Anat. pathologique*) : Emminghaus, *Psychopathologie générale*, 1878, *avec bibliogr.* — Pour la partie légale : Casper-Simon, *Traité de médecine légale*. — Hoffmann, *id.* — v. Krafft-Ebing, *Traité de psychopathologie légale*, 2e éd. — Maschka, *Traité de méd. légale*, 4e vol., 1882, etc. — (Voir aussi les chapitres spéciaux.)

CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES.

Bibliographie. — Classification : Meynert, *Allg. Wiener med. Zeitung*, et *Traité de psychiatrie*, tome I, 1884. — Leidesdorf, *Wiener med. Vochenschr.*, 1880. — Spitzka, *Am. Journ. of neurology and psych.*, 1883. — Bini, *Arch. Ital.*, 1879.

Pour établir notre classification, nous nous placerons d'abord à un point de vue purement *symptomatologique*.

Il existe une série d'états analogues, qui se reproduisent constamment, et avec les mêmes caractères psychologiques ; ces formes sont les suivantes : 1° arrêt pathologique, 2° exagération pathologique, 3° affaiblissement et suppression de l'activité intellectuelle. Dans un 4e groupe, rentrent des états caractérisés par une modification pathologique qualitative du fonctionnement psychique ; on observe alors des troubles sensoriels (hallucinations primitives) avec obscurcissement de la conscience ; ou bien il se produit une scission du Moi (un Moi est délirant, l'autre Moi restant presque normal), et une destruction progressive de la puissance directrice du Moi,

remplacée par une suite d'actes, de pensées, de sentiments illogiques et impérieux. L'arrêt et l'exagération de l'activité intellectuelle (1er et 2e groupes) sont un trouble fonctionnel chez un individu à l'état de veille (mélancolie et manie). Le 4e groupe, le délire systématisé, doit être comparé au rêve. Le 3e groupe comprend, il est vrai, une forme qui se rapproche du rêve, mais aussi une autre forme qui, sans aucun doute, doit être rapprochée du sommeil profond sans rêve, ou des états hypnotiques : c'est la suppression primitive, plus ou moins complète, des phénomènes psychiques conscients et actifs, telle qu'on l'observe dans la stupeur. Cette suppression se retrouve (mais dans un état de veille), avec des modifications infinies, dans un groupe qui comprend les stades terminaux des affections primitives ; ce sont alors des états d'affaiblissement psychique, c'est la *démence*, que nous séparons d'un 5e groupe, l'idiotie ou imbécillité *congénitale*, dont les symptômes sont analogues, mais dont la genèse est différente.

Cette classification en cinq groupes devrait comprendre tous les types cliniques, si nombreux, de troubles psychiques ; elle remplirait ainsi le but pratique d'une classification. Au point de vue scientifique, elle serait aussi satisfaisante, si nous pouvions donner une base étiologique certaine à ces groupes, qui sont seulement symptomatologiques. Par malheur, cette classification étiologique est impossible jusqu'à présent. Faute d'être ainsi caractérisés, ces syndrômes principaux, qui ne sont reliés que par la forme *extérieure*, sont trop larges, et par suite mal déterminés ; si l'on examine plus attentivement les cas observés, on s'aperçoit aussitôt qu'ils se distinguent les uns des autres par des différences cliniques très importantes ; à chaque pas, nous le voyons, bien que les traits psychologiques généraux soient concordants, les cas diffèrent tellement l'un de l'autre, qu'il ne peut rester, en somme, qu'un faisceau formé d'un certain nombre d'observations, « une sorte de type moyen » ; une foule d'observations cliniques dépassent les limites de ce cadre ; ces observations ne sont pas caractérisées aussi nettement qu'on le désirerait, même quand on les classe seulement d'une manière psychologique.

La *marche* des affections réunies dans le même groupe d'après leurs caractères psychologiques ne permet pas non plus de les considérer comme identiques; or, elle a la plus grande importance clinique, car elle nous aide à apprécier le processus psychopathique, dont la lésion nous reste inconnue; par elle, nous pouvons tirer les déductions les plus précieuses sur la gravité plus ou moins grande de l'affection. Ainsi des états pathologiques qui paraissaient semblables par leurs symptômes guérissent, ou deviennent chroniques, ou se

reproduisent périodiquement, et correspondent à une affection cérébrale ou légère, ou plus profonde, ou très souvent incurable. C'est en tenant compte de la marche, que nous arrivons à donner à notre étude psychologique des cas individuels une sûreté et une étendue notablement plus grandes.

De même, si nous examinons les choses de plus près, nous voyons que les symptômes psychiques de chacun des groupes diffèrent pendant la marche de l'affection et sont très variables d'un cas à l'autre. Cette remarque nous permet de constater ce fait important : *en général*, les réactions élémentaires d'un cerveau malade (ces réactions sont dénommées mélancolie et manie) accompagnent les phases légères ou graves d'une affection cérébrale psychique; mais, dans les *cas particuliers*, les caractères psychologiques de la manie et de la mélancolie se modifient, et sont en rapport avec l'intensité de l'affection cérébrale. Aux différents états cérébraux dus à la lésion plus ou moins profonde, correspondent, dans les cas particuliers, des modifications de ces modes réactionnels; en d'autres termes, les caractères psychologiques de la mélancolie et de la manie se modifient suivant la lésion, suivant les caractères anatomo-physiologiques de l'affection cérébrale, même si l'aspect clinique de la manie ou de la mélancolie reste le même. Toutes deux, la manie et la mélancolie, malgré les variétés qu'elles présentent, sont des entités réelles, qui marchent parallèlement aux états cérébraux qui en sont la cause.

Ainsi, quand l'irritation cérébrale est plus intense, la fuite des idées (manie) est remplacée par une simple association des mots par assonance, c'est-à-dire d'après leur ressemblance extérieure; en même temps, les combinaisons de mouvements voulus deviennent irrégulières, désordonnées (réflexes). Quand la lésion est plus profonde encore, on voit apparaître l'insuffisance motrice, le tremblement, l'ataxie, et enfin la paralysie. C'est la répétition pathologique de ce fait expérimental que le lobe frontal répond à une excitation par des phénomènes d'ordre psychique; si l'excitation porte plus profondément, les manifestations qui en résultent sont d'un ordre inférieur; enfin, on ne provoque plus que des actes réflexes, lorsque la destruction cérébrale est encore plus étendue; alors les associations psychiques et la volonté ont disparu. Ainsi l'analyse attentive de chaque symptôme nous permet d'apprécier, d'une façon générale, la nature, l'intensité de la cérébro-psychose, et on peut la comparer à l'auscultation dans les affections pulmonaires. Nous retrouvons les mêmes nuances dans les symptômes psycho-moteurs de la stupeur; celle-ci peut être une suspension complète des fonctions psychiques, ou bien être seulement un arrêt intellectuel produit par des hallucinations intenses.

Ainsi, tenant compte de la *marche* et de la *nature des symptômes*, nous avons une base non plus seulement symptomatologique, mais

clinique et pathologique. Nous distinguons maintenant des formes *psychiques* et *organo-psychiques* de mélancolies, de manies, et de stupeurs; nous les séparons d'après la nature des éléments qui les composent, et nous savons rattacher ces syndrômes à une affection cérébrale légère ou grave.

Ainsi, par exemple: (A), dans la mélancolie avec prédominance d'erreurs des sens, (B) dans la stupeur hallucinatoire avec dépression, (C) dans la mélancolie stupide (organique) qui s'accompagne de troubles moteurs et se rattache à une atrophie cérébrale primitive, les symptômes cliniques sont formés des mêmes éléments, mais diffèrent par leur nature, par leur association psychologique, par leur relation avec l'état psychique antérieur, et par la manière dont ils se succèdent, c'est-à-dire par la marche clinique. Dans le premier cas (A), on observe un trouble moral qui est conforme au type d'une émotion normale, le Moi reste conscient, et l'affection se déroule d'une manière cohérente et logique; dans le second (B), la direction consciente est perdue, le Moi est plongé dans une sorte de rêve, et les phases se succèdent brusquement, sans être unies par aucun lien logique. Dans le troisième cas (C), le fait dominant est un affaiblissement primitif et progressif, tandis que la mélancolie n'est qu'une forme accidentelle; la marche est très irrégulière, elle est en rapport direct avec l'affection cérébrale, qui détermine des symptômes cérébro-psychiques évidents.

Seul, le groupe important du *Délire systématisé primitif* ne peut pas être classé d'après la *nature* des symptômes psychiques; ce sont ici des états psychopathiques, où se produisent des phénomènes sensoriels pathologiques, le jugement étant affaibli; c'est une hyperesthésie des centres sensoriels et un affaiblissement des centres corticaux; et l'association logique des idées est conservée ou perdue suivant les cas. Ici, le symptôme psychique n'est plus dans les mêmes rapports avec l'intensité du trouble cérébral. Dans les états mélancoliques et maniaques, le trouble plus ou moins profond de la conscience, qui se manifestait par des symptômes psychiques variables, était à peu près proportionnel à l'intensité de la lésion cérébrale; ici, au contraire, dans le délire systématisé, l'absence ou la conservation de la conscience a une signification toute différente. Dans ce groupe, le délire systématisé où le Moi reste entier et où la logique est conservée est bien plus défavorable, et souvent même incurable; il traduit un trouble cérébral plus grave que celui qui correspond aux formes de délire systématisé dans lesquelles la conscience est complètement troublée par un chaos d'hallucinations. Par contre, la marche, aiguë ou chronique, a la plus grande importance.

Les faits cliniques nous fournissent une indication nouvelle; si nous étudions la marche de ces différentes formes, et si, en même

temps, nous tenons compte de la nature variable des symptômes, nous voyons que ces deux ordres de faits sont, en quelque sorte parallèlement, sous l'influence de l'affection cérébrale. Ainsi se succèdent le début, le développement complet, et le déclin de l'affection ; les différentes phases ont entre elles une relation psychologique. La manie qui présente des symptômes psychiques d'une qualité inférieure (moins intellectuelle, voir plus haut) aura une marche plus longue, et sera suivie d'un stade secondaire d'affaiblissement; le délire systématisé aigu à début brusque et qui paraît peu grave aura, par contre, une marche surtout rémittente, et en général, se terminera par des rechutes réitérées. Quoique nous ne connaissions pas encore toutes les conditions de ces faits, on peut poser, cependant, ce principe général : si les symptômes psychiques sont de qualité intellectuellement inférieure, si le développement de l'affection est très rapide, si les éléments qui composent le délire sont confus (confusion hallucinatoire aiguë), la marche sera plus longue ou plus inquiétante, les récidives seront plus à craindre, et ce trouble momentané de la vie cérébrale devra être considéré comme plus sérieux. Ceci nous conduit à étudier le *développement* de l'affection. Nous observons des cas dans lesquels l'intensité et le développement de l'affection sont en rapport avec la cause qui l'a déterminée; dans un grand nombre d'autres cas, nous voyons, au contraire, une cause légère produire un développement rapide et des symptômes plus graves. De même, dans la pathologie ordinaire, on voit des individus nerveux et dont la constitution est affaiblie, présenter rapidement et pour les moindres causes (fièvre, excès alcooliques) du délire et de l'agitation musculaire ; il en est autrement pour les constitutions robustes. L'expérience nous apprend aussi que les psychoses primitives commencent toujours, chez les individus normaux, par une période de mélancolie, qui se forme et se développe comme une dépression morale légitime. C'est, en somme, la réaction naturelle d'un Moi sain jusqu'à ce moment, qui répond aux troubles psychiques ressentis par lui, par des sentiments de dépression, de tristesse, de douleur. La mélancolie constituée semble n'être que l'exagération de ce sentiment naturel, et ne devient évidemment pathologique que lorsque les fonctions psychiques se trouvent arrêtées, et que des troubles nerveux, portant sur la sensibilité et le système vaso-moteur, se sont produits consécutivement. Cette cause occasionnelle, cette émotion déprimante du début, peut ne pas exister; le trouble des fonctions psychiques peut apparaître primitivement, être organique; le malade ressent douloureusement ce trouble fonctionnel, et sur ce sentiment douloureux s'établira la dépression pathologique qui se développe logiquement.

La terminaison dépend, dès lors, de la force de résistance du cerveau; si cette force est suffisante, l'affection, après un temps plus ou moins long, se termine par une guérison immédiate ou précédée d'un stade de fatigue psychique, et d'exaltation légère qui ne dépasse pas les limites d'une satisfaction joyeuse chez un individu normal. Si la manie remplace la dépression, il faut, autant qu'on peut en juger d'après la clinique, supposer que la force de résistance cérébrale est amoindrie; mais cette manie secondaire représente encore la réaction d'un cerveau valide, si elle est simplement expansive, si les mouvements restent physiologiques, et si la fuite d'idées conserve un caractère logique.

A ce mode de développement, il faut en opposer *un autre*, qui est très différent : le stade prodromique de dépression manque absolument, ou est à peine marqué, et l'affection débute brusquement, immédiatement, par des symptômes qui indiquent un trouble cérébral très intense. Il semble que les phases initiales aient été sautées, et que l'affection débute alors par la période d'acmé ou par les états secondaires de la forme précédemment décrite. Dans ce groupe, les mélancolies sont remarquables par une surabondance d'erreurs des sens; les manies sont des états de fureur ou des manies graves. La marche est très souvent rémittente, et la maladie ne s'épuise pas dans un seul accès. Ces caractères sont présentés aussi par le délire systématisé aigu et la stupeur; l'un et l'autre débutent par un affaiblissement rapide des fonctions du cerveau antérieur (organe de l'idéation et de la volonté); dans la stupeur véritable, il peut même exister une paralysie passagère de toutes les fonctions psychiques. Dans la neuropsychose hystérique, caractérisée en partie par cet affaiblissement des fonctions du cerveau antérieur, il suffit souvent d'une hallucination pour troubler la conscience au point de produire l'extase. L'hystérie et surtout l'épilepsie déterminent une perturbation si violente et si brusque dans les fonctions psychiques, que l'on voit se produire tout à coup les accès les plus graves de manie et de délire systématisé. De même, la démence aiguë présente comme symptômes primitifs cette suppression des fonctions psychiques et ce défaut de résistance du cerveau; ces symptômes dénotent un état d'affaiblissement psychique qu'on n'observe, pour les cerveaux valides, que dans les affections cérébrales devenues chroniques, dont cet état d'affaiblissement constitue la terminaison.

En résumé, toutes ces considérations, tous nos essais de classification, nous ramènent toujours à cette question de la *résistance cérébrale*. Si nous pouvions, au début, rattacher les modifications des différents syndrômes psychologiques à l'intensité de la lésion, maintenant la marche, le développement de l'affection nous mon-

trent que ces deux facteurs sont en rapport avec la résistance cérébrale individuelle. Nous pouvons donc, d'après ce principe plus large de classification, distinguer les cerveaux *valides* et les cerveaux *invalides*. Les premiers réagissent par des psychoses qui se développent suivant le premier type décrit ; les cerveaux invalides, par des psychoses dont le développement correspondra au second type.

Partant de là, nous distinguerons :

1° Les psychoses du cerveau *valide : a* la mélancolie ; *b* la manie douce et la manie typique, avec les états secondaires.

2° Les psychoses du cerveau *invalide : a* les manies plus intenses, la fureur et la manie grave ; *b* le délire systématisé chronique, aigu, et avec stupeur ; *c* la démence aiguë primitive ; *d* la folie hystérique, épileptique, hypochondriaque.

D'autre part, un groupe considérable de cas diffère de ces psychoses ; la maladie ne se traduit pas d'abord par un trouble psychique manifeste, mais par certaines particularités intellectuelles apparaissant dès la jeunesse (excentricités, originalités, défauts incorrigibles). Dans beaucoup de ces cas, la psychose qui se produit plus tard n'est pas un trouble absolument nouveau, mais le développement, l'exagération d'une anomalie intellectuelle déjà existante. Dans d'autres cas, la psychose se rapproche, pour l'aspect clinique, des autres formes (dont nous avons parlé plus haut) ; mais elle présente certains traits particuliers, qui n'existent pas chez les malades dont le développement psychique était complet ; par là, malgré l'analogie apparente des symptômes, ce groupe se distingue par un caractère spécial, qui portera encore sur la nature des symptômes et sur la marche de l'affection. L'une et l'autre rapprochent ce nouveau groupe des psychoses du cerveau invalide, ce qui établit la parenté nosologique entre ce groupe et les affections qui reposent sur une tare héréditaire.

1° **Développement :** Une cause relativement légère, parfois même un processus physiologique (puberté, ménopause, menstruation, grossesse), suffit pour déterminer la psychose, tandis que si le cerveau est valide, la cause doit être plus forte.

2° **Symptômes :** Ici (comme lorsque le cerveau est invalide), on observe une disposition très marquée au délire, aux idées obsédantes et aux actes impulsifs. Les idées délirantes sont absurdes, fantastiques ; elles ne correspondent pas aux dispositions d'humeur et déconcertent même le malade, tandis que chez le mélancolique à cerveau valide, les idées délirantes sont logiques, naissent du trouble moral éprouvé, et satisfont le malade, qui y trouve une explication de son état. Ici, on observe très souvent une lucidité relative, un trouble partiel de l'intelligence, de telle sorte que des idées

pathologiques et des idées normales peuvent vivre côte à côte, sans s'exclure; c'est surtout la sphère morale qui est atteinte, et il existe un défaut originel, une lacune morale, tandis que l'intelligence est relativement épargnée; là, c'est un trouble plus général. En somme, la symptomatologie nous montre : d'un côté, des combinaisons multiples, les formes les plus différentes alternant irrégulièrement, sans qu'on puisse prévoir leur marche; ou bien, au contraire, un état stationnaire durant des années, suivi d'une déchéance lente et progressive, qui n'est cependant pas une démence absolue; — de l'autre côté, une marche des symptômes conforme aux lois de la psychologie et de la physiologie, et non pas incohérente et désordonnée; l'affection s'explique par la névrose vaso-motrice ou les troubles trophiques; ses différentes phases sont unies entre elles, d'après des lois qu'on peut comparer à la « loi des secousses » (Arndt). Quand la marche est défavorable, l'affection se termine par une démence progressive (épuisement et dépérissement nerveux).

3° **Marche :** Ici, la psychose débute et disparaît brusquement et l'état névropathique antérieur subsiste. Là, le développement est lent, l'affection croît et décline progressivement et se termine par la guérison, ou bien laisse derrière elle un affaiblissement psychique secondaire. Ici, les accès périodiques sont fréquents, ainsi que la forme circulaire; là, l'accès est unique, ou tout au plus il existe une tendance aux récidives d'autant plus marquée que le cerveau valide finit par ressembler au cerveau invalide. Ici, enfin, on trouve une disposition à l'épuisement prématuré de l'organe psychique (démence précoce) ou à la dégénérescence psychique progressive (dégénérescence avec folie morale); là, c'est la guérison qui est la terminaison normale.

4° **Action sur la descendance :** Ici, tendance à la dégénérescence progressive; là, transmission de la simple prédisposition névropathique.

Ces oppositions marquées, ces caractères particuliers liés à la tare organique héréditaire, nous servent à distinguer nettement les deux formes, et, de plus, étendent notre classification ; ils se rattachent toujours à la résistance cérébrale ; d'autre part, il en résulte que nous devons considérer un cerveau valide comme un cerveau *complètement développé*, et qu'un cerveau invalide appartient à des individus *prédisposés*. Comme nous l'avons vu, ces deux derniers groupes présentent les mêmes réactions essentielles. En concevant l'affaiblissement de la résistance cérébrale comme pouvant être *acquis* ou *congénital*, nous sortons de la clinique pour aborder l'étude générale de l'homme : nous apprenons à reconnaître que le trouble fonctionnel cérébral, l'aliénation mentale, est tantôt l'œuvre de la vie, tantôt celle d'une hérédité néfaste; mais nous voyons aussi que, dans le premier cas, ce trouble psychique est une psychose franche, lorsque le cerveau était conformé normalement au moment de la naissance. Les psychoses de caractère invalide peuvent aussi être acquises; mais si le cerveau était congénitalement inva-

lide, il a toujours existé une insuffisance et un déséquilibrement psychiques. En clinique, les héréditaires se répartissent en deux classes : les uns présentent de la faiblesse psychique simple, les autres des stigmates psychiques particuliers (V. *Névrose héréditaire*).

Nous arrivons ainsi au schéma suivant :

I. Psychoses chez l'individu a développement organo-psychique complet.

1. Psychoses du cerveau *valide;*
2. Psychoses du cerveau *invalide* (Voir plus haut);

Nous ajouterons ici les psychoses *périodiques*, *circulaires* et *alternantes*, car elles frappent aussi bien les cerveaux complètement développés et les cerveaux invalides (1er groupe) que les dégénérés à stigmates psychiques (2e groupe); elles sont plus fréquentes dans ce dernier cas, et forment ainsi une transition naturelle de l'un à l'autre.

II. Psychoses chez l'individu a développement organo-psychique défectueux.

Nous rangeons dans cette classe :

1. La *névrose héréditaire;*
2. La *folie héréditaire simple — folie avec idées obsédantes;*
3. Le *délire systématisé originel des héréditaires* (*Originäre Verrücktheit*);
4. La *folie héréditaire avec dégénérescence — moral insanity;*
5. L'*idiotie*, par lacunes psychiques congénitales, ou par arrêt de développement après la naissance.

Pour la troisième variété, nous conservons le nom de « Verrücktheit », pour l'opposer au Wahnsinn chronique (délire systématisé chronique), qui lui ressemble par les symptômes, mais qui en diffère par l'absence des signes de dégénérescence ; nous indiquons, par ces dénominations, que ces deux formes sont différentes, et nous soulignons ainsi cette altération psychique congénitale qui est caractérisée par l'aberration logique (l'individu est dévoyé, « verrückt »).

Mais cette classification ne comprend pas encore tous les groupes cliniques, car une partie de ces groupes rentre bien dans les psychoses *fonctionnelles*, où l'observation ne montre que des troubles psychiques isolés, ou accompagnés de troubles de la sensibilité et du système vaso-moteur (tr. trophiques), qui, dans le début et la marche ultérieure, restent parallèles aux premiers; mais il existe un autre groupe important, où l'on voit nettement une affection cérébrale *organique* se traduisant par des symptômes moteurs très manifestes : ce sont les *cérébropathies psychiques*.

Ce dernier groupe comprend :

a. La méningo-encéphalite chronique, aiguë et subaiguë;
b. La pachyméningite avec hématôme;
c. L'encéphalite diffuse (sclérose);

d. L'encéphalite diffuse avec lésions en foyer;

e. L'encéphalite diffuse, consécutive à des néoplasmes;

f. La périencéphalite chronique, précédée ou accompagnée d'ataxie locomotrice;

g. L'encéphalite syphilitique;

h. L'alcoolisme chronique.

Toutes ces affections organiques se caractérisent essentiellement par la démence et la paralysie.

Il nous reste encore à classer deux groupes, dont l'un comprend peu de cas, mais dont l'autre embrasse un nombre de cas toujours plus nombreux; c'est le Délire aigu et la Paralysie générale progressive. On ne peut les ranger parmi les maladies cérébrales à caractères anatomo-pathologiques nettement établis, parmi les cérébropathies psychiques dont nous venons de parler. La Paralysie présente, à la vérité, les symptômes de la démence avec paralysie, mais la nature de certains symptômes et les caractères de la marche, permettent et même obligent de faire de cette affection une classe à part. Il faut ajouter que la lésion anatomique considérée comme caractéristique des paralysies dites classiques n'existe qu'à une époque avancée de la maladie, et non aux périodes initiales pendant lesquelles l'affection est déjà formellement dénoncée par les symptômes cliniques. Je crois donc, aujourd'hui encore, que la nature du processus pathologique n'est pas démontrée, malgré toutes les discussions sur ce sujet; et qu'il faut supposer, comme cause anatomique, un trouble profond de la nutrition cérébrale, trouble particulièrement grave et déterminant une destruction progressive de l'organe (V. *Paralysie générale*). Si la paralysie classique paraît être (c'est du moins mon opinion) un *senium præcox* (frappant de préférence l'homme, et atteignant l'organe cérébral au moment où le fonctionnement en est le plus actif), plutôt qu'une lésion inflammatoire, il ne faut pas classer la paralysie parmi les affections cérébrales organiques telles que la méningite et l'encéphalite chroniques; mais on doit la considérer comme une transition clinique entre celles-ci et les psychoses fonctionnelles graves du cerveau invalide. — Le Délire aigu n'est pas encore anatomiquement caractérisé, quoique ses symptômes et sa marche si pernicieuse montrent qu'il s'agit d'une altération profonde des fonctions psychiques et cérébrales. Ces deux maladies ont un point de départ commun, l'épuisement cérébral, sur lequel elles se développent et dont elles présentent jusqu'à la fin les symptômes. Aussi pourrait-on appeler le délire aigu un épuisement cérébral aigu, de nature particulièrement grave, et la forme chronique de la paralysie générale, un épuisement cé-

rébral chronique avec dégénérescence progressive; et l'on pourrait ranger ces deux groupes dans une même classe, dont la place serait entre les psychoses du cerveau invalide et les cérébropathies psychiques organiques.

Un dernier groupe se caractérise par l'étiologie : le trouble psychique se rattache *a* à une maladie corporelle; *b* à une intoxication. Dans la première variété *a*, nous placerons les psychoses fébriles et post-fébriles qui accompagnent les maladies infectieuses aiguës, le rhumatisme articulaire aigu, parfois la pneumonie et la tuberculose; puis les troubles psychiques qui compliquent certaines névroses (maladie de Basedow, chorée), certaines affections des organes du bassin, enfin la grossesse et la puerpéralité. A la deuxième variété *b*, se rattachent les psychoses causées par l'abus du chloroforme, de l'iodoforme, par le saturnisme, etc. Dans ces deux variétés, les symptômes sont ceux de toutes les psychoses fonctionnelles, ou des cérébropathies; par suite, ce groupe si étendu ne peut entrer dans aucune des classes établies jusqu'ici, et j'en ferai un *appendice* des psychoses du cerveau invalide complètement développé.

Notre classification (1) est donc la suivante :

I. Psychoses chez l'individu a développement organo-psychique complet.

PSYCHO-NÉVROSES.

1. *Psychoses du cerveau « valide »* (Psycho-névroses proprement dites).
   a. La mélancolie..... } avec leurs états
   b. La manie (certaines formes seulement) } secondaires.
2. *Psychoses du cerveau « invalide »* (Cérébro-psychoses).
   a. Les manies graves : furor, mania gravis.
   b. Le délire systématisé aigu, chronique et avec stupeur.
   c. La démence primitive aiguë. *Appendice* : la stupeur hallucinatoire.
   d. Les folies hystérique, épileptique, et hypochondriaque.
   Appendice : α. Les psychoses périodiques, circulaires et alternantes.
   β. Les troubles psychiques consécutifs à des maladies somatiques non cérébrales (affections fébriles, puerpéralité, etc.), et à des intoxications.
3. *États pernicieux d'épuisement cérébral :*
   a. L'épuisement cérébral aigu avec danger immédiat. Délire aigu.
   b. L'épuisement cérébral chronique, avec destruction lente (dégénérescence). Paralysie progressive classique.
4. *Cérébropathies psychiques*. — Psychoses résultant de maladies or-

(1) Après la publication de mon livre, M. le prof. *Morselli*, de Turin, a eu la bonté de m'avertir que cette classification concorde dans les points essentiels avec celle qu'il avait publiée en 1883-84 et placée dans son « *Manuale di semejotica delle malattie mentali* », 1885. N'en ayant pas eu connaissance plus tôt, je suis heureux de constater ici la concordance de mes opinions cliniques sur ce point avec celles de mon excellent confrère de Turin. (*Note de l'auteur.*)

ganiques du cerveau, subaiguës et chroniques (diffuses et localisées). Paralysies progressives modifiées.

II. Psychoses chez l'individu a développement organo-psychique défectueux.

a. La névrose héréditaire. *Appendice :* les psychoses transitoires.
b. La folie héréditaire simple, la folie par obsession (maladie du doute et du toucher). *Appendice :* délire systématisé des processifs.
c. Le délire systématisé originel.
d. La folie héréditaire des dégénérés. — Moral Insanity.
e. L'idiotie.

Nous exposerons maintenant les *caractères cliniques* essentiels de ces différents groupes, avant d'entreprendre leur description détaillée :

I. Les psychoses du cerveau « valide » et du cerveau « invalide » ont des caractères communs :

Au point de vue psychique : on observe un syndrôme caractérisé par une altération de l'ancien Moi normal, dont tout le fonctionnement psychique est troublé; et, d'un autre côté, par des formes cliniques qui rappellent, d'une façon générale, les émotions, le rêve et le sommeil physiologiques, et qui traduisent de différentes façons l'action commune et les réactions des divers éléments du trouble mental : ce sont des perturbations morales primitives (mélancolie, manie); des troubles de l'intelligence (délire systématisé); des modifications de la conscience (stupeur).

Au point de vue somatique : la plupart de ces psychoses (mélancolie, manie, stupeur, délire systématisé aigu) doivent être rattachées (d'après nos connaissances actuelles) à une névrose vaso-motrice cérébrale, qui présente une sorte de marche cyclique et réglée, à travers une série d'états psychiques variés, et qui se termine par la guérison ou par un affaiblissement cérébral définitif; en outre, on observe des troubles de la sensibilité (sensorielle) qui sont la cause d'interprétations délirantes; il existe aussi, ordinairement, des troubles trophiques dont la marche est parallèle à celle de la maladie cérébrale. Au point de vue anatomo-physiologique, cette affection semble porter sur l'organe central de l'idéation et de la volonté (cortex du cerveau antérieur); elle est primitive ou réflexe, et elle excite secondairement les centres trophiques, sensoriels, et sensibles (état moral). D'où, la désignation de névroses psychiques du cerveau, *psychonévroses.*

a. Les psychonévroses du cerveau « valide » présentent les caractères cliniques suivants (nous tenons compte ici des considérations exposées plus haut sur les psychoses chez l'individu à développement organo-psychique complet ou défectueux) : l'union et les réactions des divers éléments du trouble mental se font encore suivant un mécanisme psychique (dans la mélancolie, on retrouve le processus physiologique de la dépression, dans les états maniaques légers, celui de l'expansion; l'association des idées reste logique, et les mouvements sont encore intentionnels dans la manie typique); les troubles de la sensibilité (sensations douloureuses) sont très fréquents et concourent à compléter le processus physio-patholo-

gique qui traduit le trouble fonctionnel cérébral. On observe une période prodromique de dépression très marquée. La marche est subaiguë ou chronique; la guérison est la règle. Les récidives ne sont guère plus à craindre que dans les affections somatiques ordinaires. Presque toujours il existe une *cause psychique* (secousse morale). Ce sont les *psycho-névroses* proprement dites.

b. Les psychoses du cerveau « invalide » présentent les caractères suivants : le mécanisme psychique est, en partie, épargné; mais, si on les compare aux précédentes, ces psychoses sont d'un caractère moins intellectuel (les mouvements sont moins intentionnels; les idées ne se rattachent plus les unes aux autres que par des assonances de mots; les émotions sont désordonnées et excessives; c'est ce qu'on trouve dans les *manies* de cette variété *b*); *ou bien* ces psychoses sont consécutives à un délire primitif de l'intelligence ou des sens, le raisonnement logique reste conservé, mais ne sert qu'à expliquer l'illusion. L'état moral dépend du délire : il est donc rationnel, mais il est déterminé par des erreurs délirantes; il en est ainsi dans le *délire systématisé chronique*. Dans un groupe important (*délire systématisé aigu, stupeur*) la conscience est supprimée plus ou moins complètement, avec ou sans hallucinations (*délire systématisé hallucinatoire*); dans une variété de ce groupe, on observe, en outre, des troubles de l'innervation musculaire (rigidité), qui tantôt apparaissent comme une complication (indiquant une intensité croissante de l'affection cérébrale), tantôt sont psychiquement causés par le délire, et, par suite, décroissent en même temps que la psycho-névrose elle-même. S'il existe un stade initial de dépression, il est peu marqué; mais souvent il manque tout à fait. — Les psychoses du cerveau *invalide* peuvent succéder à des psychoses du cerveau *valide*, ou bien, elles ont primitivement ces caractères (*manies constitutionnelles, stupeur*). La terminaison en est variable; les récidives sont à craindre. Souvent ces psychoses deviennnent tout de suite circulaires, ou alternantes. Les complications somatiques ont une grande influence sur la marche. Ces affections ont souvent une cause directe dans un trouble organique (anémie, etc...), sans être amenées par une douleur morale. Ce sont les *cérébro-psychoses*.

2. *Les états pernicieux d'épuisement cérébral* ont été suffisamment décrits dans leurs traits cliniques essentiels.

3. *Les cérébropathies psychiques* sont caractérisées par leur relation intime avec une lésion primitive du cerveau ou de la moelle, dont elles ne sont que le symptôme. Ce syndrôme psychopathique se combine, par suite, avec les troubles moteurs, sensibles et sensoriels de l'affection organique, qui déterminera aussi la succession des symptômes et la marche générale. Les différentes phases sont reliées par un lien non plus psychologique, mais somatique.

II. Les *psychoses chez l'individu à développement organo-psychique défectueux* (c'est-à-dire les psychoses des dégénérés) ont été aussi décrites dans leurs traits principaux. On peut les résumer ainsi : constitution névropathique, ou névrose héréditaire caractérisée; stigmates psychiques particuliers, tics, excentricités; disposition très marquée aux idées obsédantes, aux

rêveries extravagantes, aux idées ambitieuses puériles; logique fausse associant les idées d'une façon toute particulière; finasserie et, en même temps, étroitesse d'esprit; tendances impulsives précoces, et surtout avec perversité sexuelle; variations périodiques et non motivées de l'humeur et de l'activité. Lacunes morales fréquentes à côté d'une intelligence relativement épargnée et dont une faculté présente parfois un développement remarquable; mais ces individus peuvent être aussi, dès leur jeunesse, des imbéciles moraux et intellectuels. Les causes physiques ont une grande influence sur l'état psychique, surtout aux périodes d'évolution et d'involution. Les troubles mentaux, dans ces conditions, peuvent : 1° revêtir la forme clinique ordinaire, mais ils présentent des caractères spéciaux (marche irrégulière, polymorphisme; début et terminaison brusques); 2° se produire lentement; c'est le développement de la constitution défectueuse dès l'origine (délire systématisé originel des dégénérés, plusieurs variétés de folie morale); 3° ou, enfin, revêtir les caractères de la dégénérescence : la déchéance morale s'accentue, et la vie morale et intellectuelle s'éteint (manie chronique à caractères spéciaux); au lieu de cette manie, on peut observer un type périodique ou circulaire, avec le caractère de la folie raisonnante. Pendant des rémissions passagères, l'état antérieur défectueux reparaît, il n'y a pas de guérison véritable.

L'**idiotie** forme un groupe à part.

Dans ma description, pour satisfaire aux exigences de la clinique, j'ai décrit les manies du cerveau *invalide* (les manies graves) à côté des manies du cerveau *valide* (manie douce, et manie typique); de même la mélancolie avec stupeur a été unie aux autres mélancolies. Je ne me suis pas occupé des psychoses par intoxication, sauf l'alcoolisme (dont j'ai cru devoir faire une annexe des cérébropathies psychiques), non plus que des folies puerpérales, traumatiques, fébriles, etc. ; je les ai étudiées dans les considérations générales, en même temps que les causes qui les produisent (Voy. Ziemssen's *Handbuch*, 2° édition, vol. I, p. 189 et suivantes). D'autre part la description clinique de chacune d'elles donnerait lieu à de trop nombreuses répétitions.

MÉLANCOLIE. — GÉNÉRALITÉS

Bibliographie. — Krafft-Ebing, *Monographie*, 1874. — Pohl, *Monographie*, 1852. Jessen, *Berlin. Encycl.* — Meynert, *Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilkunde*, 1871 et *Psych. Centratbl.*, 1873 et 1874. — *Wiener med. Blätter*, 1881. — Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* Bd., 28. — Frese, *ibid.*, 28. — Richarz, *ibid.*, 28. — Billod, *An. méd. psych.*, 1856. — Falret, *Disc. sur la folie rais.*, *id.* — Schüle, *Dysphrenia neuralgica*, 1867. — Kraussold, *Melancholie und Schuld*, 1884.

Travaux récents. — Marille, *An. méd. psych.*, 1880 (*Pouls, température, symptômes physiques*). — Tigges (*Symptômes physiques, sensibles*), *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 39. — Kracauer, *Thèse inaugurale* (*clim. Melancholie*). — Cotard, *An. méd. psych.*, 1880 (*forme hypochondriaque grave*), *Arch. de neurologie*, 1882 (*Délire des négations*). — Ast, *Les formes primitives de l'aliénation mentale Med. corresp. Bl.*, 1881. — **Melancholia attonita** : Baillarger, *An. méd. psych.*, 1843 et 1853. — Delasiauve, *Ibid.*, 1853. — Aubanel, *id.*, 1853. — Berthier, *id.*, 1869. — Dagonet, *id.*, 1869. — Cullerre, *id.*, 1873. — Legrand du Saulle, *Gaz. des hôpitaux*, 1869. — Maudsley, *Lancet*, 1866. — Newington, *Journ. of ment. science*, 1874. Frigerio, *Arch. ital.*, 1874. — **Mimique et physionomie** : Oppenheim, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 40. — **Anatomie pathologique** : Meynert, *Vierteljahrschr. f. Psych. I* et *Psych. Centralbl.*, 1871. — Spitzka, *The somatic etiology of ins. Monogr.*, 1882.

Moyens de traitement. — *Opium :* Chiarugi, 1795 (*trad. allemande*, p. 177, *avec bibliogr.*). — Engelken, *Congrès des naturalistes à Kiel*, 1846; *à Aix*, 1857; *Allg. Zeitschr. f. Psychr.*, 5. — Meyer, *id.*, 16. — Tigges, *id.*, 21. — Nasse, *id.*, 32. — Legrand du Saulle, *An. méd. psych.*, 1859. — Erlenmeyer, *Arch. d. deutsch. Gesellsch*, III. — **Morphine** : Witkowski, *Action de la morphine* (*Physiol. avec Bibliogr.*), 1877. — **Injections de morphine** : Reissner, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 24 (*Narcein*). — Hergt, *id.*, 33. — Reimer, *id.*, 30. — Schüle, *Dysphr. neuralg.*, 1867. — Wolff, *Arch. f. Psych.*, 2. — Knecht, *id.*, 3. — Gscheiden, *Würz. phys. Unters.*, 3. — Salomon, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31. — Mendel, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1872. — Voisin, *Bull. gén. thérap.*, 1874 et 1876. — **Morphinisme** : Laehr, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30. — Levinstein, *Morphiumsucht. Berlin*, 1881. — Fiedler, *Zeitschr. f. prakt. Medicin*, 1874. — Burkhart, *Monogr.*, 1882. — *Wiener med. Pr.* 1880. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1883. — *Volk. klin. Vortr.*, 237. — Erlenmeyer, *Monogr. Leipzig.* — Obersteiner, *Wien. Klinik.*, 1883. — Frz. Muller, *Wien. med. Pr.*, 10 (1880). — Leppmann, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 39. — Landowsky, *Progr. méd.*, 1882. — Zambaco, *l'Encéphale*, 1882. — **Papavérine :** Leidesdorf, *Vierteljahrschr. f. Psych.*, 1867. — Stark, *Allg. Zeitsch.*, *f. Psych.*, 26. — Landerer, *Monogr. Tübingen.* — Kelp, *Arch. f. Psych.*, 2. — **Hyoscyamine** : Lawson, *West Rid. Asyl. Rep.*, 1876. — Reinhard, *Arch. f. Psych.*, 11. — Seppili e Riva, *Arch. ital.*, 1880 et *Riv. sper.*, 1881. — Bacon et Hills, *Journ. of ment. sc.*, 1881. — Savage, *id.* — Gnauck, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1881. — Richter, *Neurol. Centralbl.*, 1882. — Mendel, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 36. — Doerrenberg, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 38. — Kretz, *id.*, 39. — Hughes, *Alien.*, 1882. — Hutchinson, *id.*, 1882 (*expériences pers.*). — Shaw, *Journ. of ment. sc.*, 1882. — Brower (*Am. Journ. of neur.*, 1883. — **Hyoscine :** Gnauck, *Charit. An.*, 1882. — **Bromure de potassium** : Drouet, *Ann. méd. psych.*, 1883. — Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31. Leidesdorf, *Allg. Wien. med. Zeitg.*, 1871. — Brosius, *Irrenfreund*, 1880. — **Bromisme** : Luebben, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31. — Boettcher, *id.*, 35. — Voisin, *Traité de la paralysie*, p. 298. — Kloepfel, *Irrenfreund*, 1881 (*Usage et abus*). — **Paraldéhyde** : Morselli, *Recherches expérim.* Torino, 1883. — Langreuter, *Arch. f. Psych.*, 15. — Peretti, *Berl. klin. W.*, 1883. — Berger, *Bresl. ärztl. Z.* 1883. — W. Stark,

Allg. Z. f. Psych., 41. — **Chloral** : Fischer, *Allg. Z. f. Psych.*, 27. — Schroeter, *id.* — Schüle, *id.*, 28 (*Chloral Rash*). — Hansen, *Arch. f. Psych.*, 2. — Arndt, *id.*, 3. — Fürstner, *id.*, 6. — Stark, *Würt. Corresp.*, *Bl.* 1871. — Jolly, *Aeztl. Intell. Bl.* 1872 (*Mort rapide*). — Pelman, *Irrenfreund*, 1871 (*Purpura*). — Gellhorn, *Allg. Zeischr. f. Psych.* 1872 (*Exanthème*). — Reimer, *id.*, 1871 (*Décubitus*). — **Ergotine** : Yeats, *Med. Times and Gaz.*, 1872. — Kitchen, *Am. Journ. of. Ins.*, 1873. — Mann, *New-York med. Rep.*, 1875. — Van Andel, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32. — Luys, *l'Encéph.*, 1882. — **Electricité** : Arndt, *Arch. f. Psych.* 2 et *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 28. — Tigges, *id.*, 39. — Hughes, *Alienist*, 1883. — **Refus d'aliments** : Richarz et Oebecke, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1870. — Eickholt, *id.*, 37. — *Disc. sur l'aliment. forcée. An. méd. psych.*, 1874. — Lailler, *id.*, 1882. — Williams, *Journ. of ment. sc.*, 1864. — Mickle, *id.*, 1884 (*par le rectum*). — Stiff, *Lancet III* (*par le nez*). — Siemens, *Arch. f. Psych.*, 15 (*contre l'aliment. forcée*). — Hjerström, *Schm. Jahrb.*, 191. — **Insomnie** : Eickholt, *Deutsch. med. Woch.*, 1883. — Jewell, *J. of nerv. a. ment. dis.*, 1880. — **Malades alités** : Flersheim, *Thèse* (*sous les auspices de Meyer*). — **Malades malpropres** : Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37. — **Pesées cérébrales** : Crichton-Browne, *Brain*, 1879. — Meynert, *loc. cit.* — **Poids spéc.** : Morselli, *Riv. sperim.*, 1882. — **Capacité crânienne** : Amadei, *id.* 1883.

On trouve dans la mélancolie trois éléments caractéristiques :

1° Une affection morbide du *sentiment* se traduisant par une dépression douloureuse, de degrés variables, allant du désespoir le plus violent jusqu'à la résignation silencieuse.

2° Une altération parallèle de l'*intelligence;* tantôt un groupe unique de pensées douloureuses prédomine; tantôt, c'est un arrêt général de la pensée, causé par l'hyperesthésie douloureuse.

3° Une modification primitive ou secondaire de la *volonté* qui est lente et engourdie; cette modification est secondaire, quand l'hyperesthésie psychique persistante paralyse l'énergie et l'initiative. Ce syndrome psychique est toujours accompagné de troubles de la sensibilité (névralgies fréquentes), de troubles vaso-moteurs et trophiques. Du côté des sens, on peut observer aussi des hallucinations et des illusions; elles se rattachent à une dépression intense et sont de même nature. Le poids du corps diminue ordinairement. La maladie peut avoir une marche aiguë, subaiguë ou chronique; elle peut aussi récidiver, prendre le caractère rémittent ou périodique (intermittent). Quand la guérison n'est pas obtenue, l'intelligence reste affaiblie (démence, ou délire systématisé secondaire avec hallucinations).

La mélancolie frappe tous les âges, mais elle présente une physionomie particulière dans la vieillesse; certaines conditions étiologiques (masturbation, etc.), la modifient également (voir plus loin).

Analyse des symptômes. — *A.* **Troubles du sentiment et de la volonté (impulsions).** — La *dépression douloureuse* est le principal symptôme. Le malade est en proie à une douleur infinie; il ne se sent plus maître de sa volonté ni de son intelligence, ne peut s'expliquer cette impuissance, ni se débarrasser du sentiment pénible qu'il éprouve.

Il souffre d'une dépression douloureuse générale, non motivée, et dont il ne peut s'affranchir; cette dépression, c'est la maladie cérébrale devenue consciente. Souvent, le malade en reste là; mais il trouve ordinairement une explication, et rattache le sentiment douloureux vague à une idée, à un souvenir pénible de sa vie antérieure ou à un événement actuel (cause morale). Il sait maintenant « ce qu'il pleure ». Ayant besoin de trouver une cause, il forge une explication, d'après son état de conscience du moment; la relation qu'il établit est purement imaginaire, et varie suivant son caprice. Au point de vue subjectif, il importe peu que ces idées soient logiques, acceptables ou délirantes; le malade est malheureux, non parce qu'il croit, même avec conviction, avoir offensé Dieu, commis des péchés, perdu sa fortune, mais bien plutôt parce qu'il ne se sent plus le même, qu'il ne peut plus ce qu'il veut, qu'il est impuissant à secouer ce joug. Parfois des événements réels préparent cet arrêt intellectuel, si douloureusement ressenti. Cependant la cause de la maladie n'est pas dans ces événements, si graves qu'ils soient; c'est l'idée obsédante de ces faits qui pèse sur la pensée et sur la volonté. Pour le pronostic, il n'est pas indifférent de savoir si l'idée mélancolique est fondée, si le malade se repent d'une faute réellement commise.

La dépression est très variable suivant la violence et la forme du début, d'où résulte une série de types mélancoliques.

Les plaintes, les pleurs, les lamentations, les récriminations, les blasphèmes, sont l'expression *phonétique* de la mélancolie; la contraction des traits, exprimant l'angoisse et la douleur, les rides caractéristiques du visage et du front (oméga mélancolique) en sont l'expression *mimique;* le malade s'agite sans cesse, court à droite puis à gauche, s'arrache les cheveux, se déchire le visage, claque des dents, tressaille de terreur, aspire brusquement, fait claquer sa langue, se frotte automatiquement, tourne les doigts; telle est l'expression *réflexe* de la mélancolie. Souvent ces mouvements se suivent d'une façon saccadée et rhythmique, et la volonté ne peut les modérer; tout au plus se calment-ils quand le malade est assis (*melancholia activa errabunda*). — D'autres fois, au contraire, le malade reste assis et immobile, les membres serrés contre le corps, les yeux fixes, la tête penchée; il repousse, par un silence obstiné ou par une protestation brusque et violente, les paroles encourageantes qu'on lui adresse; parfois il pousse de profonds soupirs qui révèlent sa douleur morale concentrée (*melancholia stupida passiva*). Souvent l'angoisse intérieure se traduit par une activité impulsive, n'ayant qu'une apparence de but, ou par une occupation incessante qui ne répond à rien et ne peut le satisfaire; dans d'autres cas ou à d'autres périodes, c'est une apathie qui dure des jours et des semaines, et dont le malade sort, pour un moment, quand on l'interpelle, quand on le fait manger ou qu'on le contraint à prendre des soins de propreté. Ces alternatives d'agitation et de passivité continuent

souvent pendant la nuit. Durant des semaines, les malades refusent de se coucher, parcourent leur chambre en gesticulant, en se frappant; ou bien restent assis dans une attitude anxieuse, pleurant, complètement immobiles et apathiques, et ne veulent pas prendre dans le lit un moment de repos. Chaque parole d'encouragement détermine un sanglot pénible et pathologique; ils ne veulent pas de consolation, ou n'y peuvent répondre que par un redoublement de douleur. Beaucoup de malades, pendant longtemps, ne peuvent pas pleurer; durant des semaines entières, ils restent plongés dans leur douleur passive, et dès que les premières larmes coulent, ils sont soulagés et se montrent reconnaissants.

Un autre groupe de malades offre une expression physionomique absolument différente. Arrivés à l'extrême limite du désespoir, à ce point où l'on ne voit d'autre remède que le suicide, ils gardent un visage composé ; raisonnables dans leurs actions, de conduite rangée, autant que leur douleur le permet, confiants, affables et affectueux, logiques dans leurs idées et dans leurs paroles, on pourrait à peine croire à une maladie profonde et à une humeur farouche qui a déjà pesé tous les moyens de suicide ; mais un silence pénible, le manque d'énergie, l'apathie et la fatigue de l'esprit, le regard sombre et douloureux, la voix basse et timide, avertissent pourtant qu'il faut veiller. Malgré cette conduite si sage en apparence, cette tranquillité d'esprit factice, souvent arrive une fin tragique, préparée par une longue dissimulation.

Il existe encore un autre groupe important de mélancoliques, qui n'étalent pas leur douleur et qui ne la dissimulent pas non plus; chez eux, on retrouve cette douleur caractéristique sous la forme d'une résignation, qui, sans être de l'apathie, représente le renoncement à tout espoir et à tout projet; ils sont et restent sans espoir, manifestent des tendances hypochondriaques; ils se croient tuberculeux et, obstinés dans ce diagnostic, ils renoncent à l'avenir; ou bien ils reconnaissent l'inutilité de leur vie et de leurs efforts antérieurs et sont toujours pessimistes dans leurs projets; tout leur paraît sans but. Ils n'ont de pitié ni pour eux-mêmes, ni pour leurs parents; les larmes et les prières ne les touchent pas; ils restent inertes et indécis et passent souvent dans leur lit de longues semaines; tout au plus exposent-ils aux autres leurs récriminations et leur philosophie résignée, cherchant sur ce point des discussions qui désormais sont leur seule jouissance et leur unique satisfaction. En somme, cet état moral, périodique, repose sur un sentiment d'impuissance qui paralyse la vie intellectuelle; ce n'est plus la douleur primitive des autres groupes. Cependant, cette tranquillité extérieure n'est aussi qu'un masque qui cache une douleur de l'âme, assoupie, mais facilement excitable, et qui peut alors se traduire par une violence convulsive. D'autres fois, le malade présentera peu à peu des phases de délire plus actif, avec idées de culpabilité ou crainte d'être abandonné du ciel (*melancholia torpida*).

Enfin, une dernière forme clinique présente un ensemble physionomique tout contraire. Là, tout était douleur; les paroles, les consolations étaient aussi douloureusement ressenties que tout effort intérieur; ici, au contraire, il y a absence complète de sentiment. Les malades se croient morts, leur

cœur est arrêté; leur tête est comme une pierre; leur corps est vidé; ils ne sont plus qu'une enveloppe. Ils ne savent plus s'ils sont de ce monde, ne sentent plus rien, pas même des blessures douloureuses ou bien le contact d'une main étrangère. Ils peuvent voir d'affreux spectacles, rien ne les touche plus, ni l'amour ni la haine. Ils n'ont plus de douleur ni de joie; tout est changé à leurs yeux, « qui leur paraissent comme brisés, bien qu'ils continuent à voir nettement les objets. »

Ils ont des idées sur ce qui les entoure, mais non plus de sentiments. Leur sommeil est comme une perte de connaissance; leurs rêves sont flottants, comme aussi les objets extérieurs (ils n'ont cependant pas de vertiges). Ils pleurent, mais ce ne sont que des larmes, sans chagrin véritable. Cet état ne reste pas longtemps stationnaire; parfois, il passe dans une phase contraire, c'est-à-dire dans l'obsession des pensées douloureuses et dans les plaintes : tout est perdu, le malade est dans la puissance du Mal. C'est une réelle *anesthesia psychica dolorosa* avec un sentiment de vide et de solitude. Ce sentiment est profondément douloureux, même quand le malade ne veut ou ne peut pas le dire. D'autres accordent qu'il leur est resté un peu de sentiment au *fond du cœur*, et c'est là qu'ils le sentent, « quand un souffle rapide les traverse, de l'oreille jusqu'à la région du cœur ».

Chez la plupart des mélancoliques dont le moral est ainsi altéré, on voit se produire un symptôme psychique sur lequel on ne saurait trop insister; nous voulons parler de l'*angoisse* et de ses formes cliniques si multiples. Elle se traduit par une expression de désespoir avec tremblement, contraction des traits, actes violents ; ou se dissimule sous l'apparence d'une tranquillité trompeuse et sous le masque d'une gaieté affectée; un sourire contraint cache le bouleversement intérieur. Il ne faut jamais se fier à un mélancolique! Cette règle, dictée par l'expérience, s'impose au médecin. L'angoisse peut survenir par accès, sous forme d'un raptus brutal, ou grandir lentement, avec l'agitation et l'oppression; pendant des jours, des mois, elle peut torturer l'esprit du malade; ou bien elle tombe sur lui comme la foudre et fait place ensuite à une humeur plus calme. Souvent, elle revient avec le même caractère, aux mêmes périodes et aux mêmes heures.

A l'angoisse, se rattachent des actes moteurs qui déterminent l'aspect extérieur du malade et souvent même toute la physionomie de la maladie. Ces actes ont tous pour caractère un début impulsif, une exécution brusque et une violence irréfléchie; ils se produisent comme des réflexes. Il peut arriver aussi, très souvent, qu'un motif conscient, une idée, intervienne pour diriger l'action vers un but déterminé, mais il n'en est pas toujours ainsi. Fréquemment, l'angoisse est le seul motif de l'acte, et l'idée se produit seulement pendant que l'acte s'accomplit : elle l'accompagne et ne le détermine pas. Les actes moteurs peuvent être inoffensifs, mais souvent

aussi dangereux; les premiers sont des mouvements monotones et non intentionnels des extrémités; des allées et venues sans but; l'action de tirailler les vêtements, de les déchirer; de s'égratigner les mains, de se ronger les ongles jusqu'au sang, de s'arracher les cheveux. Les réflexes phonétiques se traduisent par des cris de toutes sortes, des hurlements, des obscénités et des blasphèmes épouvantables, articulés avec force au milieu de paroles confuses ou de cris d'angoisse, et que le malade se reproche vivement dans les moments de calme; c'est alors, pour lui, un nouveau sujet de remords. Parmi les réflexes dangereux, il faut citer les tentatives de fuite et les violences du malade contre les autres ou contre lui-même, le meurtre et le suicide. Le malade n'agit ainsi que pour se débarrasser des affreux supplices qu'il endure. Tantôt ces actes sont accomplis avec pleine conscience, tantôt ils sont purement impulsifs et inconscients. Le malade, incapable de supporter plus longtemps son angoisse, tourne l'arme meurtrière contre lui ou contre les autres, et alors seulement, délivré de son cauchemar, il comprend ce qu'il a fait. Souvent, son plus grand désespoir commence à ce moment, quand il voit détruit ce qui lui est le plus cher et quand il reconnaît que sa main a commis le crime, sans participation de sa volonté. S'il a existé des idées délirantes, cette brusque constatation lucide de l'acte n'a pas lieu; le malade sait pourquoi il a tué : il a voulu protéger ses parents contre la menace d'un danger; ou bien il sait pourquoi il s'est frappé lui-même : il est un misérable, sa mort est une action louable, dictée par l'honneur. Ce qui fait craindre ces violences, ce sont : l'intensité de l'affection, l'ensemble des idées délirantes mélancoliques et, surtout, l'activité des hallucinations et des illusions. Certaines conditions physiologiques, certaines périodes de la vie, favorisent la production de ces actes dangereux (grossesse, suites de couches, ménopause). Les conditions héréditaires méritent aussi une attention toute spéciale (suicide chez les ascendants); elles rendent fatale la répétition du même acte chez le fils ou chez le petit-fils, atteint au moral comme l'ascendant (impulsions).

Dans la mélancolie, les motifs habituels de suicide et d'homicide sont : des idées fausses de culpabilité, avec crainte d'une punition imminente; des idées délirantes de ruine : le malade croit qu'il a causé la honte et la misère des siens; des craintes démonomaniaques, avec prédominance d'hallucinations et d'illusions (souvent une personne de l'entourage apparaît au malade avec un visage complètement noir). L'homicide est souvent commis parce que le malade pense être sûr ainsi de mourir sur l'échafaud (Sur *les différents modes de suicide*, voir plus loin). Un *refus obstiné et très prolongé des aliments* est très fréquent, moins pourtant dans les états d'angoisse que dans le délire de culpabilité.

Dans un petit nombre de cas, les malades se plaignent seulement d'une douleur psychique quelconque, d'un sentiment de désespoir. Le plus souvent, le mélancolique localise sa douleur interne ou son angoisse dans telle ou telle partie du *corps*. Le cœur surtout est ce « locus dolens »; le malade sent trop son cœur ou au contraire ne le sent plus. « Le cœur souffre, les remords le rongent; un poids l'op-

presse, le feu de l'enfer le brûle ; » le malade « n'a plus d'amour ; ne peut plus prier. »

« Le *cœur* est tué par le péché ; toutes les pensées bonnes et mauvaises sont mortes ; le diable a emporté l'âme du malade ; la joie et la tristesse se sont enfuies dans des mondes inaccessibles ; le malade ne peut plus prier ni pleurer. » Après le cœur, la *tête* est surtout choisie comme siège de l'*anesthesia psychica dolorosa*. Les malades « n'ont plus de pensée ; la tête est si vide, qu'ils ne peuvent plus se représenter l'image de ce qu'ils aimaient. » Enfin, le *corps tout entier* est pris ; les malades n'ont plus ni faim ni soif ; ils ne ressentent plus le besoin d'évacuer ; ils peuvent se blesser sans souffrir ; et au milieu de cet état comparable à la mort, cette plainte et cette douleur sont leur seule manifestation de vie : « Dieu m'a abandonné ».

Ce qui caractérise « ce tourment de ne rien sentir », c'est que beaucoup de malades désirent un motif de tristesse pour ressentir une *vraie douleur*. Quand, à un stade d'insensibilité, succède une période de sensibilité, les malades se montrent heureux de pleurer et de sentir de nouveau battre leur cœur qui s'est tû si longtemps. Souvent, des paresthésies localisées accompagnent ces épisodes d'anesthésie morale.

La diminution de la volonté, ressentie péniblement, est une des causes principales de la dépression du mélancolique. Par suite de cette dépression, la conscience ne perçoit plus rien que de la douleur ; les intérêts, les actes de la vie, ne sont plus, pour ainsi dire, que des silhouettes décolorées ; chaque manifestation volontaire est douloureuse et le malade en a conscience ; aussi perd-il toute énergie et devient-il incapable de prendre une décision. Le *sentiment de ne pas vouloir*, ou *de ne pouvoir se décider* est le deuxième symptôme principal de la mélancolie. Il forme, avec la dépression douloureuse, l'essence même de la maladie. C'est une autre face de la dépression ; l'absence de volonté est la suite psychologique du sentiment dépressif, ou inversement. Ce dernier cas se présente quand le malade, indécis, poussé par les circonstances, doit agir avant que sa détermination soit encore prise. Alors, chaque action non voulue et cependant déjà accomplie cause au malade une agitation intérieure pénible, qui se traduit aussi au dehors. Il ne peut plus former de souhait ni de désir ; arrivé à l'apogée de la souffrance, il faut le pousser pour qu'il s'habille ou se nourrisse ; et en même temps son extérieur devient tout à fait négligé ; par suite de ses préoccupations intérieures, il n'est plus attentif à rien, ne montre plus aucune activité.

Ce sentiment intense de douleur, causé par la perte de l'énergie, détermine à son tour une *dépression morale* profonde ; « tous sont quelque chose, tous sont heureux ; moi seul, je ne suis rien, je suis perdu ! » Telle est la plainte incessante du malade. La moindre

circonstance jette ce désespéré dans la plus grande perplexité; dans sa faiblesse, il s'accroche à tout pour chercher son salut. A cet état psychique s'ajoute un *sentiment douloureux corporel*, la perception d'un amoindrissement des forces musculaires; le malade se sent fatigué, qu'il soit assis ou couché; le sommeil ne répare plus ses forces. On connaît l'influence du sentiment de l'état musculaire sur notre sentiment général des forces du corps et de l'esprit; on conçoit donc combien cette perception directe de la faiblesse musculaire peut augmenter la douleur résultant de la perte de la volonté.

Le mélancolique vit à l'écart; il n'est plus sensible aux attentions et ne s'en croit pas digne. Chez d'autres malades, à côté de ce découragement qui se traduit par des larmes, se montre encore une sensibilité morale augmentée et un besoin de faire remarquer leurs souffrances. Ils mangent peu, mais aiment une nourriture choisie; ils ne vont dans aucune société, mais voudraient qu'on n'oubliât pas de les inviter, etc... D'autres encore, malgré leur résignation, désirent certains plaisirs intellectuels et voudraient y participer. Beaucoup, dans leur douleur et leur désespoir mortel, ne peuvent se défendre d'une certaine jalousie envers des personnes qu'ils estiment favorisées du sort.

Ainsi tout ce qui entoure le malade ne lui parle que de douleur sans nom et d'impuissance absolue; il est malheureux par sa faute, et ne peut espérer aucun secours; bientôt, il apprend la cause de son malheur par l'écho du sentiment douloureux dans sa vie intellectuelle.

B. **Troubles de l'intelligence.** — Les manifestations de l'intelligence sont ralenties par la dépression douloureuse. Chaque idée prend un reflet douloureux; la marche des idées se fait avec un sentiment d'effort pénible, et il en résulte un arrêt: toute espèce de mouvement d'idées est repoussée par le Moi. D'autre part, l'idée douloureuse du début empêche la formation d'idées d'autre nature. Le résultat est une gêne et une paresse toujours croissantes de l'activité intellectuelle; et finalement la conscience ne contient plus rien que l'*idée-douleur*. En même temps, par une sorte de réaction, un sentiment de tension douloureuse de l'intelligence se produit: la conscience, assiégée de pensées, ne peut ni les accepter, ni les comparer, elle est ainsi à la fois appauvrie et encombrée.

Il ne s'agit pas, dans la mélancolie, d'une absence d'idées, mais bien plutôt d'une stagnation ou d'un mouvement monotone, héliçoïde, d'un même groupe d'idées qui « finissent par percer peu à peu », disent certains malades. Le mélancolique n'est pas inoccupé, sa pensée est loin d'être oisive. Souvent, surtout au début, il est incapable de penser; il est perplexe et indécis, ballotté par un flot pressé d'idées incohérentes et parfois contra-

dictoires; le sentiment même de son existence est vague, et il ne peut concevoir où tout cela l'entraîne. Il demande des explications sans fin sur les choses les plus simples, supplie qu'on ne l'abandonne pas au vertige de ses idées; souvent même (surtout dans les accès périodiques), il désire un état réel de mélancolie, pour que sa pensée soit au moins fixée. Plus tard, quand la maladie est développée, on trouve aussi, à côté des idées délirantes fixes, une poussée véritable d'autres idées (voir plus haut), des souvenirs entremêlés et des perceptions angoissantes. Mais le Moi, isolé maintenant dans sa douleur, ne peut plus les apprécier.

Beaucoup de malades avouent même qu'un mot, un souvenir, pénibles comme un cauchemar, éveillent en eux tout un groupe de pensées douloureuses qui se pressent et s'embrouillent dans un chaos complet. Ce tourment intérieur détermine souvent les réflexes moteurs dont nous avons parlé plus haut. Souvent se produisent des palpitations, des poussées de chaleur à la tête et aussi des accès d'angoisse. La conscience étant ainsi encombrée par des idées de douleur et de remords, les autres idées, produites malgré l'action paralysante de la mélancolie, deviennent de plus en plus étrangères au Moi; même le Moi ne les reconnaît plus comme siennes, et le malade arrive progressivement à douter de la réalité de toute chose.

Dans beaucoup de cas, le malade s'arrête à ce doute; sans avoir aucune idée fausse, il a perdu, avec l'initiative, le pouvoir de comprendre ce qui l'entoure. Il reste isolé au milieu des faits extérieurs, qu'il ne peut s'assimiler ou ne peut concevoir que d'une certaine manière. Au point de vue psychologique, l'altération intellectuelle n'est pas seulement apparente, mais réelle, et elle est surtout évidente quand la douleur mélancolique détermine des perceptions fausses. Il se produit alors l'enchaînement psychologique suivant : l'idée fausse mélancolique est amenée comme explication logique de la douleur intérieure, inexpliquée jusqu'alors; cet enchaînement peut se produire d'une façon inconsciente, parfois aussi après réflexion. Un fait actuel ou antérieur, ou bien une idée quelconque, ou encore une recherche intérieure minutieuse, apporte la clarté et explique le sentiment douloureux; dans la vie, il ne manque pas de motifs de ce genre; et quel est l'homme qui ne cache au fond du cœur une douleur silencieuse? L'explication une fois trouvée revient sans cesse à l'esprit et s'y grave.

Ainsi se développe le délire de *culpabilité* (fautes envers les parents ou dans l'exercice de la profession, idées de ruine, etc.). Les idées délirantes ne reposent pas toujours sur un fait quelconque de la vie antérieure, mais, très souvent (au moins à titre de cause adjuvante), sur un *trouble particulier de la sensibilité.*

Des hyperesthésies, des anesthésies ou des dysesthésies, avec les sensations organiques qui en dépendent (nerfs intercostaux et sentiment d'oppression; névralgies des organes sexuels), déterminent les dispositions du

Moi, et le dirigent quand il recherche une explication dans les faits de la vie antérieure. Souvent, sans qu'il ait existé réellement un fait antérieur de cette nature, ces troubles introduisent dans la conscience l'idée délirante par l'interprétation fausse des sensations.

On voit combien ces considérations sont importantes pour la compréhension des faits cliniques. Les idées fausses de culpabilité et de ruine paraissent reposer sur les dysesthésies psychiques. La clinique donne un élément très important de jugement sur ces interprétations fausses : c'est la *force psychique de l'organe cérébral*, c'est-à-dire de l'appareil d'association qui apprécie la valeur exacte des sensations et qui en forme des perceptions plus ou moins exactes. En général, cet appareil associateur fonctionne d'autant mieux que les hémisphères sont plus valides et que leur activité est plus grande.

Des interprétations bizarres, fantastiques, correspondent, d'après l'expérience, à une faiblesse psychique et, dans certaines circonstances, à une dégénérescence de l'organe cérébral (sénilité). Il faut rappeler aussi que les troubles profonds de la nutrition peuvent affaiblir passagèrement le pouvoir associateur du cerveau, comme les affections amenant une dégénérescence cérébrale (anémies graves). Ainsi, l'on voit comme il importe de bien examiner la valeur des idées délirantes.

Dans un autre groupe de cas peu nombreux, l'idée délirante apparaît, au contraire, *la première*, forme le pivot de la mélancolie et détermine une dépression réactionnelle. Tel est le cas des mélancolies par idées obsédantes. Des impressions accidentelles violentes (une histoire terrible, le spectacle d'une mort violente, des blasphèmes proférés dans une église) se gravent dans l'esprit, où pénètre en même temps la maladie. Le chagrin causé par cette idée obsédante que la conscience ne peut chasser, s'accroît souvent jusqu'au désespoir; il détermine une tension douloureuse si grande et si prolongée, qu'enfin la mélancolie s'établit définitivement après un temps plus ou moins long. Une rencontre soudaine, des reproches trop durs, un sermon trop émouvant, le plus souvent une terreur brusque, peuvent amener la production de cette maladie; les cas suraigus supposent toujours une prédisposition névropathique.

La dépression mélancolique peut être rapportée, non plus à un fait de la vie antérieure du malade, mais au *monde extérieur;* là est cherchée l'explication de l'émotion douloureuse persistante, du sentiment d'arrêt pénible et de l'absence de volonté. Le mélancolique souffre par les autres, auxquels il s'est livré lui-même; ils lui veulent du mal parce qu'il est un misérable (il est différent en cela du délirant systématique, qu'on persécute à cause de sa supériorité et parce qu'il fait obstacle aux autres). Tantôt, ces persécutions sont attribuées à la police et ont un caractère de vraisemblance; tantôt, ce sont des tourments expliqués d'une façon mystique, par l'action du diable

(démono-mélancolie). Si, de plus, des troubles profonds de la sensibilité se produisent (particulièrement dans les sensations qui nous renseignent sur la forme du corps), alors s'établit, sur ce fond démonomaniaque, l'idée délirante d'une *métamorphose* corporelle (lycanthropie).

Les *idées hypochondriaques* constituent entièrement certains états mélancoliques, ou se présentent seulement au stade initial ou terminal ; elles méritent une mention particulière.

Le sentiment douloureux, chez ces malades, repose sur la perception trop vive des sensations organiques, altérées ; de ces sensations trop fortes, résultent des conclusions exagérées et de folles terreurs. Ce sont surtout des sensations anormales siégeant dans la tête, des vertiges, des vapeurs, un sentiment d'engourdissement, de durcissement du cerveau, de tremblement, de bruissement (comme si le sang coulait), un sentiment de mort cérébrale, de vide des pensées, qui angoissent le malade et le rendent indécis, absorbé. Quelquefois se produit une sensation momentanée d'absence intellectuelle. Il semble au malade que sa figure se pétrifie, que ses yeux lui sortent de la tête. Il se plaint aussi de pesanteur à l'estomac (qui est toujours plein, de façon qu'il ne peut accepter aucune nourriture), ou d'un corps étranger arrêté dans le pharynx (« Ah ! si je pouvais avaler cela », gémit-il), de palpitations pénibles ; il redoute, par suite, de mourir ou par le cœur ou par apoplexie. La constriction du pharynx détermine aussi une angoisse affreuse, et une peur de mourir telle, que Dieu lui-même ne pourrait rassurer le malade. La sensation passe souvent du pharynx dans le dos, et de la région du rachis remonte dans la tête (points douloureux), de sorte que le malade ne sait plus que faire et qu'il est poussé à des actes bizarres (course en avant). (Voir plus loin au paragraphe spécial.) Dans certains cas, où il existe à la fois des perceptions douloureuses et de minutieuses méditations, chaque point du corps est douloureux et transmet des sensations anormales ; le malade est plongé dans un chaos de sensations fausses et angoissantes (brûlures sur le crâne ; obturation des oreilles ; bruits et sons les plus variés ; nuages devant les yeux ; absence du goût ; gêne de la déglutition ; gonflement du corps ; envie pressante d'uriner ; brûlure dans les voies urinaires ; défécation douloureuse ; craquements dans les genoux ; tremblement des jambes ; etc...).

C. **Troubles sensoriels et sensibles ; troubles vaso-moteurs et trophiques. — Expression mimique.** — Le fonctionnement des sens, dans la mélancolie, dépend de l'état des centres cérébraux. Dans les stades hyperesthésiques, les sensations sont exagérées ; une couleur, un souffle, la moindre parole, tout fait souffrir le mélancolique. Dans les phases passives, quand il s'isole par le fait de sa douleur et qu'il ne prend aucune ou presque aucune part à la vie extérieure, les perceptions sont faibles et décolorées. Aucune impression des sens, si agréable qu'elle soit, n'est perçue ; et d'autre part, les sen-

sations douloureuses elles-mêmes sont très diminuées; les blessures que le malade a pu se faire dans son désespoir ne sont pas senties. Il oublie de boire et de manger; la douleur interne l'empêche de percevoir la sensation de faim et de soif.

Dans l'agitation mélancolique, le refus des aliments alterne avec une gloutonnerie maladive, insatiable, et en même temps, le désespoir le plus profond est remplacé par une masturbation effrénée (voir plus loin).

Les *erreurs des sens* dans la mélancolie méritent une attention particulière; ce sont des hallucinations et surtout des illusions, que l'on rencontre particulièrement dans les paroxysmes d'angoisse. Souvent, elles constituent le stade initial de la maladie; surtout, si après une *terreur* subite (aspect d'un pendu), l'impression émotive, restée à l'état de pensée obsédante, forme la cause prochaine de l'affection. Le malade entend des bruits au dehors et ses oreilles tintent; dans ses insomnies, il voit glisser des chauves-souris dans l'obscurité; son visage lui paraît sombre, rouge ou bleu; des éclairs sillonnent sa chambre et l'épouvantent. Des hallucinations nettes et consistantes s'établissent, en général, quand la maladie s'accroît, ou qu'elle est à son apogée; elles restent stationnaires ou rétrogradent par intervalles, pour revenir sous forme de paroxysmes (règles, émotions, fatigues physiques exagérées). On observe des hallucinations de l'ouïe, des hallucinations et des illusions de la vue, des illusions des autres sens. Ce sont des voix qui menacent d'une punition prochaine; quelquefois, ce sont des ordres commandant des actes violents. La terreur du malade s'exhale en cris et en plaintes; il lui semble qu'on martyrise ses parents devant ses yeux. Il voit des figures noires; elles représentent le diable sous toutes ses formes légendaires, sous la figure d'un bouc, etc.; souvent, le malade parle avec deux voix différentes, dont l'une répond à l'autre. Les objets changent subitement de couleur (illusions); le malade s'imagine qu'ils appartiennent au démon. Il entend dresser la guillotine, apporter un cercueil : ce sont les bruits du dehors qu'il interprète ainsi. De simples hyperesthésies de l'ouïe et de la vue (sensibilité pour certaines couleurs, par exemple pour le rouge), se montrent aussi sans ordre régulier; d'autres fois, au contraire, tout est pâle, sans couleur. Des chansons, des morceaux de musique paraissent discordants. L'odorat perçoit des odeurs affreuses de putréfaction; le goût, des sensations écœurantes de toute nature (tout a un goût de matières fécales). Du côté du toucher, enfin, ce sont des attouchements obscènes pendant la nuit (maladies des organes sexuels chez les femmes); le diable entre en commerce avec les malades (hallucinations réflexes) sous la figure d'un personnage cornu, d'un chien ou d'un lion. Les illusions du

tact et de la sensibilité générale sont surtout développées et les interprétations sont surtout délirantes quand le sentiment de la forme corporelle est altéré ou perdu (voir plus haut). C'est ainsi que le malade se croit métamorphosé en animal, changé en loup, parce qu'il mange énormément ; en guêpe, parce que ses côtes inférieures se resserrent ; en chien, parce que, dans son angoisse, il a poussé une sorte d'aboiement et qu'il a une envie maladive de mordre.

Dans la mélancolie, les erreurs des sens ont une importance sur laquelle on ne saurait trop insister en clinique, surtout au point de vue de la conduite extérieure du malade. Ces erreurs, ou, pour mieux dire, les impulsions qui en résultent, déterminent la plupart des actes violents des mélancoliques. Tout mélancolique halluciné est dangereux. Il faut noter que les hallucinations véritables ne sont pas aussi fréquentes dans les mélancolies pures que les pseudo-hallucinations et les illusions. Très souvent, une idée brusquement produite par l'angoisse, est prise par le malade pour une voix, sans qu'il entende cependant parler. Il en est de même pour les voix qui lui semblent partir de sa poitrine ou de son cœur; une analyse exacte montre que ce sont seulement des idées vives, objectivées par suite d'une sensation précordiale ou intercostale, mais que le sens de l'ouïe n'est pas mis en jeu. Bien des voix aussi ne sont autre chose que des bruits dans l'oreille (chlorotiques), qui déterminent des illusions en attirant l'attention du malade de ce côté. Cliniquement, la valeur pronostique des hallucinations est très importante. Les mélancolies avec hallucinations véritables très intenses ne présentent pas de stade maniaque ultérieur, mais marchent vers la guérison, soit directement ou progressivement, soit après une phase de délire systématisé avec exaltation et hallucinations. Au contraire, les mélancolies non compliquées, c'est-à-dire sans hallucinations, se terminent par une phase de transition franchement maniaque (Hagen). On trouve les types de ce dernier mode dans les folies circulaires.

Dans la mélancolie, les troubles de la *sensibilité* ne sont pas moins importants que les troubles sensoriels. On peut admettre que toute mélancolie reposant sur une idée délirante déterminée s'accompagne de troubles de la sensibilité, troubles nerveux, musculaires, vasculaires, et que le développement psycho-pathologique de la mélancolie se fait d'abord dans le cerveau, puis gagne les territoires spinaux, vaso-moteur et sensible.

Au point de vue *moteur* la maladie, après les hémisphères cérébraux, atteint le nerf oculo-moteur et le facial, puis, tout l'ensemble musculaire. Au point de vue *vaso-moteur* et *sensible*, après les territoires vaso-moteurs corticaux, elle atteint le pneumo-gastrique, dont l'importance psychique est si grande, puis les colonnes nerveuses spinales, les nerfs intercostaux et le nerf splanchnique. On peut suivre ce schéma physiologique pour décrire la pathologie de la mélancolie, mais en tenant compte de la lésion somatique fondamentale (anémie, excitation sexuelle, affections de la poitrine,

de l'abdomen et surtout de l'utérus), qui avait déjà préparé des troubles de la sensibilité (névralgies). Ces troubles répondent au besoin qu'a le mélancolique d'expliquer son état douloureux par une lésion périphérique. Nous avons déjà indiqué les modifications de la sensibilité périphérique qui déterminent la nature du délire. Nous insisterons sur leur valeur clinique et sur leurs variétés dans les différents cas (hyperesthésies, dysesthésies, anesthésies). Ce sont ordinairement des névralgies circonscrites, frappant le plus souvent les nerfs intercostaux, le trijumeau et l'occipital; des troubles des sensations viscérales(cœur, pharynx, abdomen). Beaucoup de malades localisent leur angoisse dans le bas-ventre; c'est un aura qui part des environs de l'utérus; d'autres accusent, au début, un tremblement, un battement dans l'hypochondre, un frémissement dans la nuque, une démangeaison cutanée. De l'utérus, la sensation gagne l'ombilic et le ventre; quelquefois, un météorisme considérable se produit, et des gaz inodores sont rendus involontairement; puis on observe des bâillements, et, enfin, une sensation d'angoisse affreuse qui dure jusqu'à la disparition des mouvements sentis dans l'abdomen.

Chez tous les mélancoliques, la pesanteur précordiale qui oppresse cette région « où l'on ressent les joies et les peines » doit être rattachée à une névrose du pneumogastrique, à une névralgie intercostale, ou à un trouble de l'innervation du cœur, presque toujours aux deux premières de ces causes. Il en est de même pour les autres névralgies (occipitale, brachiale, quelquefois aussi crurale (ischiatique)); elles sont *psycho-physiques* par la sensation, et, avant tout *pathogènes*, puisqu'elles donnent un point d'appui à l'excitation psychique, et fixent l'idée délirante mélancolique; toutes font partie intégrante du syndrôme complexe physio-pathologique de la mélancolie.

Quand le malade se plaint de cette oppression, de son malheur, d'être possédé du diable, l'idée mélancolique délirante repose sur ces sensations erronées de la région cardiaque. Toutes les souffrances localisées reçoivent une interprétation délirante : la gorge est brûlée par les flammes de l'enfer; si le malade souffre dans le cou, s'il éprouve à l'estomac une chaleur qui, après le repas, se propage à la poitrine, au cou et à la tête, c'est le démon qui le tourmente et lui indique la partie du corps par laquelle il doit mourir.

Ainsi s'établit un rapport important; ces deux éléments de la mélancolie, l'élément central, l'idée délirante, c'est-à-dire le phénomène psychique, et l'élément périphérique, l'excitation du nerf sensible, c'est-à-dire le phénomène vaso-moteur, s'appellent alternativement l'un l'autre, et forment un cercle vicieux.

La clinique doit apprécier l'importance des névralgies (terme général sous lequel nous désignons toute irritation d'un nerf sensible). Elles sont une des conditions essentielles pour la genèse de ces mélancolies; elles donnent naissance à l'idée fausse et entretiennent la marche du délire ou de l'état d'angoisse.

Dans des cas plus graves, et surtout dans la mélancolie subite, on trouve aussi des *anesthésies* locales, souvent d'un seul côté, particulièrement dans

le territoire du trijumeau. Assez fréquemment, des anesthésies superficielles se combinent avec des hyperesthésies névralgiques profondes (nerfs intercostaux).

Les phénomènes *vaso-moteurs* de la mélancolie franche se traduisent sur le tracé sphygmographique par un tricrotisme du pouls radial (contraction artérielle accrue). Dans les stades ultérieurs, et aussi quand il existe un trouble constitutionnel profond (anémie), se produisent les signes de la paralysie des vaisseaux (dicrotisme ralenti et monocrotisme). Très souvent on observe, par intervalles, des congestions céphaliques (dans les moments d'angoisse; et il existe en même temps de la mydriase) : le pouls carotidien bat tout à coup avec force, tandis que le pouls radial est petit et que les extrémités sont froides.

D'autres fois, surtout quand le malade est couché, des sensations alternantes de froid et de chaleur troublent son sommeil et le forcent à se lever; ou bien il entend mal, il a surtout froid dans les oreilles et les bouche avec les doigts. Les névralgies répétées, et surtout celles des nerfs intercostaux, amènent des *fluxions vaso-motrices* variées. Après une émotion profonde, accompagnée de névralgie intercostale, on observe parfois dans les poumons une congestion plus ou moins intense ; chez les vieux mélancoliques surtout, cette congestion peut déterminer des catarrhes bronchiques ou aggraver ceux qui existaient déjà.

Dans les mélancolies torpides et passives, le pouls est au contraire faible, souvent rare, la circulation veineuse est ralentie; souvent les malléoles et même les pieds sont œdématiés. Dans les formes chroniques et aux derniers stades, on peut noter une infiltration pâteuse de la peau du front, en rapport avec la stase veineuse intra-crânienne.

Les *phénomènes trophiques* sont plus ou moins nets; le plus constant est le ralentissement progressif de la nutrition et de l'hématopoïèse, malgré une nourriture suffisante et l'usage des toniques et des ferrugineux. Dans la mélancolie hystérique, j'ai observé, au début, une augmentation de l'embonpoint et de l'appétit, malgré la dépression active; dans les phases ultérieures de la maladie, le poids du corps diminuait beaucoup (de 30 livres).

Le relèvement de la nutrition et de l'état général annonce assez sûrement, comme on le sait, le début de la convalescence, d'abord physique, puis psychique. Parfois le rétablissement est très rapide ; il semble que l'appareil nerveux, qui ne fonctionnait plus, reprenne ses fonctions trophiques (cela n'est pas rare chez les malades qu'on nourrit artificiellement). Pendant la maladie, la peau est d'ordinaire sèche, flasque et se couvre d'écailles épidermiques; elle est livide, grisâtre et souvent ridée; pendant la convalescence, elle redevient lisse et fraîche. Si l'affection s'aggrave, on observe une transpiration graisseuse et l'apparition de *lanugo* (développement pileux) à la face. Les cheveux et les ongles deviennent

cassants ; les cheveux changent de couleur, pour reprendre, par places, leur teinte primitive au commencement de la convalescence. Les altérations des cartilages (othématomes), la fragilité des os, les troubles profonds de l'assimilation ou mieux de l'hématopoïèse (anémie pernicieuse, avec formation de pétéchies dans le cerveau et dans la peau), sont les troubles trophiques des cas graves, incurables. On constate une disposition aux furoncles, aux phlegmons et aux affections de la peau, au prurigo (dans les formes séniles). La température ne présente, d'habitude, aucune modification dans la maladie simple et franche; dans les formes torpides, il n'est pas rare de la trouver inférieure de quelques dixièmes à la normale.

D'ordinaire, la *respiration*, en dehors des paroxysmes d'angoisse, est ralentie et superficielle. Il faut en chercher la cause dans l'affection nerveuse elle-même, dans la position du corps amenée par la dépression angoissante, enfin dans la douleur intercostale. Il en résulte une gêne mécanique de la circulation cérébrale et une accumulation de l'acide carbonique dans le sang. Les malades se plaignent souvent de palpitations ; quelquefois elles sont visibles ; d'autres fois la sensation n'est nullement en rapport avec ce que l'on constate. Dans ce dernier cas, ce sont probablement des sensations intra-cardiaques, ou bien le choc du cœur a été douloureux parce que la paroi pectorale, sur laquelle il frappe, est le siège d'une névralgie.

Les *troubles des fonctions digestives* sont très fréquents chez les mélancoliques. Les dyspepsies, l'acidité exagérée, les catarrhes d'estomac avec enduit saburral épais de la langue (ce dernier est parfois périodique), surtout des catarrhes intestinaux avec constipation opiniâtre, excrétion d'un mucus semblable à du frai de grenouille, et selles extrêmement fétides, d'apparence grumeleuse, sont des symptômes d'une fréquence extrême. D'habitude, un des premiers signes de la convalescence est la régularité des selles. On observe, par intervalles, de la lienterie. La plupart des malades présentent une perte d'appétit plus ou moins considérable, qui confirme l'idée délirante (le malade se croit indigne de manger), et qui conduit au refus des aliments. D'autres fois, ce refus de nourriture dépend exclusivement de l'idée délirante (délire de culpabilité). Dans bien des cas, la décomposition de l'enduit épithélial fait croire au malade qu'il est lui-même en putréfaction, d'où son refus de manger. Dans un groupe peu nombreux, mais qui mérite d'être signalé, des crampes du pharynx interviennent pour empêcher la déglutition et sont interprétées comme des attaques du démon.

Les troubles de la *menstruation*, surtout la suppression des règles, sont très souvent observés. Les règles peuvent manquer pendant toute la maladie; leur réapparition annonce la convalescence. Quelquefois, cependant, la guérison se produit d'abord. Les ménorrhagies ont une influence dangereuse ou, pour mieux dire, aggravante, sur la marche de la maladie, parce qu'elles déterminent de l'anémie.

Mais les *fonctions sexuelles*, et le désir surtout, sont annulés pendant le paroxysme mélancolique ; d'autres fois, et par accès, apparaît une impulsion génésique, une masturbation effrénée. L'*insomnie* se voit dans presque

toutes les formes de la mélancolie, sauf quelques formes rares de folies circulaires et périodiques. Elle peut être extraordinairement rebelle et atteindre un degré excessif, malgré toute thérapeutique. Quelquefois les malades ont quelques heures de repos, puis s'éveillent baignés de sueur, avec une oppression précordiale plus grande. Le sommeil peut manquer pendant des semaines, des mois, et ne reparaître qu'au début de la convalescence, brusquement ou peu à peu; bien souvent il est agité par des rêves pénibles, très mouvementés et angoissants. Parfois, dans la convalescence, toutes les conceptions délirantes, les craintes et les remords, persistent encore dans le rêve, alors que la conscience les rejette déjà pendant la veille, et, pendant plus ou moins longtemps, elles reviennent la nuit, pour disparaître enfin complètement.

Au point de vue *mimique*, le mélancolique garde une expression douloureuse; les traits sont immobiles, comme sculptés dans la pierre; cette immobilité persiste des jours et des semaines, quand le désespoir et l'angoisse ne font pas trembler le visage. Souvent les malades serrent leurs lèvres, mordent un coin de la lèvre inférieure; ils joignent les mains, les frottent l'une contre l'autre avec une expression d'indécision et d'angoisse. Le regard a parfois une fixité rendue plus apparente par la saillie du globe oculaire; ou bien il est voilé, languissant, résigné. Dans les mélancolies graves (organiques), le regard est étrange, les yeux sont errants, toujours en mouvement; de temps en temps ils deviennent fixes comme ceux d'un amaurotique (pronostic fâcheux). L'attitude du malade et sa physionomie sont ordinairement immobiles, sauf dans les stades d'excitation de la mélancolie agitée; alors se produisent des mouvements répétés et monotones, réflexes, déterminés par la douleur intérieure. La tension des muscles de la nuque est remarquable; elle immobilise la tête pendant la période d'acmé de la maladie. Les mouvements volontaires sont lents, paresseux, sans énergie. Le malade parle à demi-voix, avec lenteur et hésitation; il commence à parler au moment où on le quitte. Ses phrases sont très souvent incomplètes, formées seulement de quelques mots. Parfois il ne répond que par des soupirs, des interjections monotones, ou par des explosions de pleurs et de gémissements désespérés. A côté de ces types accentués, il existe un type de mélancolie *adouci*, très caractérisé pourtant, et très remarquable. Les malades de ce genre, par leur aspect calme et composé, par leur attitude modeste et douce, savent cacher leur douleur. Une expression sérieuse des traits, contractés par intervalles et se détendant souvent dans un sourire pendant la conversation; un regard craintif et sournois, une parole monotone et languissante, une tranquillité silencieuse, une conduite timide, un air préoccupé, une manie de se ronger les ongles, tels sont les traits principaux qui caractérisent l'habitus extérieur de ces mélancoliques.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement physique. — Il comprend les indications suivantes :

1° Calmer le système nerveux, aussi bien l'organe central qui est

dans un état d'hyperesthésie psychique, que les nerfs (névralgies);

2° Combattre toutes les complications (état gastrique, constipation, etc.);

3° Relever la nutrition.

Les traitements physique et psychique doivent concorder : le premier a besoin d'être complété par le second (voir plus loin).

Indications spéciales : Régime rigoureux. Le malade doit éviter toute occupation fatigante, tout travail cérébral pénible; il doit surtout vivre au grand air, faire de courtes promenades, le matin, s'accorder un repos au lit suffisant, et se coucher le soir de bonne heure. Comme adjuvants, on emploiera les bains tièdes avec compresses d'eau froide, donnés de préférence le soir. S'il y a tendance aux congestions céphaliques, bains de pieds et manuluves; au besoin, usage temporaire de la glace. Dans les états congestifs durables, actifs ou passifs (mélancolie chronique), les applications de sangsues derrière l'oreille sont indiquées, si l'état des forces le permet; dans certains cas, digitale. En général, cette thérapeutique simple suffit, surtout à l'asile. Le nouvel entourage répond à toutes les indications psychiques; d'autre part, le cerveau malade et le corps trouvent le repos par l'usage quotidien des bains et des hypnotiques. D'habitude, ces soins suffisent seulement pour les cas récents et légers; si l'affection mélancolique est plus grave, si elle va jusqu'à la *melancholia agitata*, ce régime peut aussi suffire, mais avec le séjour dans l'asile (voir plus loin). *Le repos au lit* est un moyen essentiel, et qu'on ne peut trop recommander, dans ce traitement des symptômes. La position horizontale facilite la circulation cérébrale et amène à la fois le repos cérébral et moteur. Chez les malades anémiés, épuisés, et surtout chez ceux qui refusent la nourriture, c'est la première indication; elle est facilement remplie, au besoin en plaçant à demeure auprès des malades un surveillant ou une surveillante. Il faut aussi observer la température du lit, surtout s'il y a cyanose et refroidissement des extrémités.

Si ce régime (repos au lit, bains tièdes, alimentation convenable, etc.) ne suffit pas pour amener le repos, il faut recourir aux *narcotiques*. Ceux-ci sont destinés d'abord à obtenir un sommeil suffisant. Nous avons acquis, récemment, une nouvelle ressource thérapeutique dans la paraldéhyde, d'autant plus précieuse qu'elle agit sûrement et qu'elle a paru inoffensive, même après un long usage. On débute par une dose de 3 grammes, puis on monte jusqu'à 6 et 8 grammes. Les doses élevées sont données de préférence en deux fois, 4 grammes le soir et 2 grammes pendant la nuit. Le chloral à la dose de 1 à 2 grammes est peut-être plus puissant encore que la paraldéhyde; mais pour un usage prolongé, il est dangereux à cause

de son action vaso-paralysante. Chez les mélancoliques affaiblis, avec diminution de l'énergie du cœur, le camphre (0,06 à 0,13 centigr.) est un hypnotique justement estimé.

Dans les cas très aigus, il ne suffit pas d'obtenir le sommeil pendant la nuit. Le cerveau hyperesthésié, qui répond à toutes les pensées, à toutes les perceptions par des sentiments douloureux, et qui cherche à se détendre par des réflexes moteurs, a besoin aussi d'être calmé pendant le jour. De plus, les névralgies de la périphérie entretiennent l'angoisse permanente, ou, se présentant par accès, épuisent de plus en plus l'organe central déjà affaibli. Il faut, à tout prix, amener le repos pendant le jour et pendant la nuit. Les sédatifs cérébraux, l'opium, la morphine et le bromure de potassium, qui agit simultanément sur le cerveau et sur la moelle, sont indispensables. C'est l'opium qui est le roi des médicaments chez les mélancoliques dont l'esprit est encombré d'une foule de pensées pénibles qui ne peuvent être remplacées par d'autres, car la sensation douloureuse exerce une sorte d'action paralysante, et l'idée délirante de culpabilité ou de désespoir maintient dans l'ombre toute autre idée. Nous commençons par 0gr,04 à 0gr,06 de poudre d'opium, ou bien VII à IX gouttes de teinture, que nous donnons le matin, et que l'on peut administrer de nouveau le soir, pour obtenir le sommeil; une troisième et même une quatrième dose peut être indiquée d'après l'intensité de l'affection et la fréquence des exacerbations douloureuses pendant le jour. Si l'on veut agir sûrement, le calmant doit être pris *avant* le commencement des paroxysmes, avant l'agitation. D'après l'expérience, une petite dose *donnée à temps* agit beaucoup mieux qu'une plus forte au milieu de l'accès. En général, les nausées du début disparaissent vite. Quand l'effet sédatif est atteint, il ne faut pas s'arrêter, mais chercher à conserver le repos obtenu, en continuant cette dose; celle-ci peut suffire; si l'agitation s'accroît, on ajoute, suivant le besoin, III ou VI gouttes de teinture; on peut successivement monter jusqu'à XXXVI, XLVIII et même LX gouttes. On n'observe pas d'autres inconvénients que la constipation, impossible à éviter et d'ailleurs facile à combattre.

Le but du traitement est toujours de calmer l'organe cérébral. Pour amoindrir l'oppression morale ou la faire disparaître, pour régulariser la marche des pensées et diminuer l'influence de l'idée délirante sur les autres idées, de façon que la perception reprenne son jeu normal (réveil de l'attention), ce traitement doit être continué; l'on arrive ainsi à la guérison. Le repos du nerf par l'opium est comme l'immobilité d'un membre dans un appareil. Le secret et le succès de la thérapeutique par l'opium sont dans l'*emploi méthodique* de ce médicament.

On administre l'opium par la bouche, soit seul, soit dans du sherry chez les sujets affaiblis, soit en lavement chez les malades récalcitrants. Ce dernier procédé doit être choisi quand il existe des affections des voies génitales (et aussi dans la masturbation). Nous ne donnons jamais l'opium mêlé aux aliments. On a aussi recours à la morphine en injections sous-cutanées.

Les indications de la *morphine* et son action sont les mêmes que celles de l'opium. Elle a moins d'influence sur les fonctions digestives, et dans certains cas mérite la préférence. Elle est supérieure à l'opium pour les injections sous-cutanées, car la solution aqueuse d'extrait d'opium, si elle n'est pas de préparation récente, s'altère facilement et peut alors produire des abcès.

Les injections de morphine sont maintenant très employées et méritent de l'être, surtout dans les cas récents de *melancholia agitata*. Elles sont préférables à la médication interne : 1° quand il faut agir vite; 2° quand il existe des douleurs névralgiques; 3° quand le malade repousse absolument l'administration de l'opium par la voie buccale. Les accès paroxystiques d'angoisse, indiquent surtout l'emploi des injections. Là encore il faut agir le *plus tôt possible*.

On commence par 0,01 centigramme (c'est la règle; mais certaines idiosyncrasies rendent nécessaires des doses initiales plus faibles); puis on monte, en observant l'action du médicament, jusqu'à 0gr,06 et même plus. Autrefois nous n'avons pas craint d'arriver à 0,20 centigrammes, et dans des cas désespérés, nous avons obtenu de bons résultats; mais il est rarement nécessaire d'arriver à de telles doses. On maintient la dose (méthodiquement, comme dans la médication interne) jusqu'à obtenir l'apaisement désiré; puis on cherche à la diminuer; souvent il faut l'augmenter de nouveau, après une période de calme; et ces essais doivent être répétés. Les doses ne doivent pas être toujours les mêmes; il faut se conformer au besoin du moment. Quand l'usage du médicament se prolonge, il faut toujours craindre la morphinomanie; ce danger n'est cependant pas si grand, du moins d'après mon expérience, à la condition absolue que le médecin seul prescrive les injections. Sur plusieurs centaines de cas, pas une seule fois le malade n'a été incapable de se déshabituer de la morphine. Avant que l'emploi ait été abandonné d'une façon sûre et définitive, il faut surveiller le convalescent. D'après notre pratique, le mieux est de diminuer la dose de morphine, en administrant à l'intérieur un succédané, et en recourant à l'usage du vin et aux bains tièdes quotidiens. On supprime d'abord l'injection de morphine de la journée, en maintenant celles du matin et du soir; puis on retranche celle du soir, tout en assurant le sommeil d'une autre manière (paraldéhyde ou moyens hygiéniques); enfin on remplace l'injection du matin par la morphine à l'intérieur, à doses progressivement décroissantes. Dans certains cas, on peut cesser brusquement, mais il faut toujours prendre garde aux fluxions possibles de l'intestin et du poumon. Les accidents brusques des injections ne peuvent pas

toujours être évités, parce que nous ne connaissons pas d'une façon certaine leur mode de production. Il est très important de choisir un point du corps où la peau soit lâche, et de bien élever le pli cutané, de façon que la solution, qui doit toujours être aqueuse et jamais acide, ne produise pas de lésion (excitation d'un filet nerveux et, par suite, réflexes vasomoteurs).

Le bromure de potassium est l'opium spinal ; il convient surtout quand la mélancolie présente les caractères d'une irritation spéciale (neurasthénique), ou lorsqu'on soupçonne de l'excitation sexuelle. Les mélancolies hypochondriaques et hystériques indiquent donc l'usage prolongé du bromure de potassium, auquel il est souvent avantageux d'ajouter un peu de morphine. (V. *Hypochondrie* et *Hystérie*.)

Les névralgies, surtout les névralgies intercostales, méritent une attention particulière. Contre les accès légers, l'emploi local du chloroforme suffit souvent, et son action est remarquablement rapide (ouate imbibée de chloroforme, ou chloroforme mêlé à de l'huile ou de l'alcool, avec ou sans opium). Dans les névralgies tenaces, l'électrisation locale donne souvent de très bons résultats. Naturellement le traitement des troubles de la sensibilité périphérique est dirigé d'après leurs causes (maladies de l'utérus).

Il faut combattre les complications somatiques, d'abord les *catarrhes de l'estomac et de l'intestin* qui sont particulièrement importants; ils accompagnent très souvent certains paroxysmes psychiques, et leur sont pour ainsi dire parallèles, sans qu'il y ait toujours pour cela un rapport de cause à effet ; mais la relation est fréquemment réelle, car l'amélioration psychique suit l'amélioration gastro-intestinale.

Le traitement doit se faire d'après les règles de la médecine interne. Il faut surtout régulariser les selles et lutter contre la constipation si habituelle, accompagnée d'hypersécrétion muqueuse du gros intestin et souvent de lienterie. En second lieu, surveiller attentivement la *menstruation* (surtout dans les psychoses menstruelles). Chez l'homme, les pollutions répétées doivent être combattues avec soin. Il faut s'opposer à la masturbation, ceci est de toute évidence. Ne pas négliger non plus les soins à donner *à la peau* (voir plus loin).

Le relèvement de la nutrition est une des grandes indications du traitement. Il faut d'abord instituer un régime diététique raisonné; usage d'aliments légers, non excitants. Souvent l'angoisse avec excitation est calmée par une alimentation *très abondante*, que le malade réclame instinctivement. Vin en petite quantité ; aux malades torpides, donner tous les jours plusieurs cuillerées d'un vin généreux ;

souvent un verre de vin chaud ou de punch amène le sommeil dont le malade était privé depuis longtemps. La bonne chère est aussi utile pour le sommeil et pour la nutrition générale. Limiter l'usage des cigares, souvent les permettre « à dose homéopathique », quelquefois les défendre absolument. Empêcher l'abus du tabac à priser.

On ne peut être assez soigneux en ce qui concerne la réglementation de la nourriture. Chez les malades décrépits, qui n'ont plus assez de dents, et qui, de plus, mangent avec gloutonnerie, il faut donner de la viande hachée finement. Souvent les malades refusent pendant des jours entiers la nourriture, soit à cause de leurs idées délirantes, soit par manque réel d'appétit. *Le refus des aliments* (symptôme qui, du reste, se retrouve dans les formes les plus diverses) mérite, surtout chez les malades affaiblis, d'attirer toute l'attention. On ne doit jamais, au premier refus, recourir à l'alimentation forcée; il faut attendre et instituer un traitement psychique approprié. Il faut aussi combattre très soigneusement les catarrhes buccaux (chlorate de potasse). On laisse à la portée du malade des aliments qu'il puisse facilement découvrir. S'il tarde à manger quand il est avec d'autres personnes, il faut le laisser seul, et souvent il mange alors sans autres exhortations; d'autres mangent si on les attend; d'autres, dans une promenade, cueillent des fruits et les mangent en cachette. Toutes ces indications ont une importance, et on doit recourir à ces moyens avant d'arriver à la sonde œsophagienne. Mais elle peut enfin devenir indispensable; si le malade reste au lit et s'il n'est pas trop affaibli, on peut attendre de huit à quatorze jours, à la condition qu'il boive un peu d'eau, de lait, de vin, ou prenne quelques morceaux de glace. Si le pouls devient plus faible, si les forces diminuent, si le malade refuse absolument tout liquide et que l'on constate l'haleine fétide, caractéristique de l'inanition, alors il ne faut plus hésiter à employer la sonde pour l'alimentation artificielle. Mieux vaut trop tôt que trop tard. On doit parfois nourrir le malade pendant des semaines et des mois (tout en continuant, bien entendu, les artifices indiqués pour décider le malade à manger seul). Cette alimentation forcée est un moyen qui permet de sauver la vie et de rendre la santé au malade. La plupart du temps, la résistance vive du début va en s'affaiblissant; les injections faibles de morphine ou d'atropine sont d'un utile secours. On donne du lait avec des œufs, une purée de légumes avec des œufs ou des peptones, et addition d'un peu de sel; on peut y ajouter du vin, et aussi du lactate de fer, de l'huile de foie de morue, de l'extrait de malt. Souvent le lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy est utile avant l'administration des aliments. Il est à remarquer que les malades sont parfois déterminés à manger par le désir qu'ils ont de rentrer chez eux.

Il est très important de combattre, au besoin, par le fer et la quinine les états d'*anémie;* le choix de la préparation de fer doit dépendre de l'état des organes digestifs. Souvent il faut recourir au fer associé aux amers, aux eaux minérales appropriées, à l'iodure

de fer (chez les individus d'apparence lymphatique). Chez ceux qui refusent les médicaments : bains minéraux (sulfate de fer), et repos au lit ensuite. L'huile de foie de morue et l'extrait de malt ont des indications multiples; de même pour le massage. Pour les constitutions affaiblies, les lotions tempérées, le matin, suivies de frictions, agissent comme toniques, aussi bien sur les fonctions digestives que sur les fonctions nerveuses.

Traitement psychique. — Le *repos* est la première indication dans le traitement de la dépression mélancolique. Il ne faut aucun encouragement direct, aucun secours brutal; qu'on ne cherche pas à relever trop vite le moral du sujet; ni blâme ni exhortations; on doit seulement s'intéresser d'une façon sincère et tranquille au sort de son malade; cette attitude lui rend la confiance ; elle lui montre que le médecin comprend sa douleur, et, par les actes plus que par des paroles, lui inspire la confiance et l'espoir. On ne discute pas les idées délirantes, on ne cherche pas à les réfuter, on les accepte, mais sans dissimuler qu'elles sont en contradiction avec la réalité, et devant les essais de démonstration du malade on reste ferme et confiant. Acquérir la confiance du malade, c'est le grand point. On doit éviter aussi soigneusement que possible toute excitation extérieure, tout discours ou tout effort bienveillant tenté par les amis ou les parents.

Telles sont les grandes lignes d'après lesquelles doit être dirigé le traitement psychique, du moins au début. Dans des *cas favorables*, les soins nécessaires peuvent être donnés hors de l'asile; il est cependant très rare que le traitement puisse être entrepris dans la famille; presque toujours il est indispensable de mettre le malade dans un milieu nouveau, où il devra trouver toutes les garanties de repos et une direction rationnelle; il ne faut pas de voyage de distraction, pas de séjour dans une ville d'eaux; le mieux est le séjour chez des amis. Un certain nombre de mélancoliques guérissent sans doute hors de l'asile, mais c'est la minorité; et une grande expérience est nécessaire pour dicter une décision convenable. Le plus souvent, le placement à l'asile est nécessaire et indispensable; quand il y a tendance au suicide, c'est un devoir absolu de placer le malade. Chez les mélancoliques désespérés, chez ceux qui restent enfoncés dans leur douleur, l'influence de l'établissement sert de dérivatif et concourt à la guérison. Il faut bien dire qu'en général l'établissement avec ses grandes ressources, son installation pour le traitement de tous les cas pathologiques, offre surtout pour la mélancolie, tous les moyens de guérir; le succès n'est douteux que dans les cas rares où la nostalgie entretient une tension morale invincible et amène le refus de la nourriture (ce qui peut également être l'effet du délire, quand le malade croit qu'il ne peut pas payer ses dépenses).

Le retour à la maison, les précautions indispensables étant prises, déter-

mine alors le calme. En règle générale, il ne faut pas retarder le placement à l'asile.

A côté du repos, il faut recommander des *occupations* faciles, qui attirent l'attention du malade et, par suite, le détournent de ses idées délirantes (travail dans les champs, au jardin, gymnastique rationnelle); il est nécessaire de ne pas oublier des récréations qui délassent. Sans obséder le malade, il faut patiemment l'encourager. Souvent il se trouve vite amélioré quand on le laisse au milieu des autres travailleurs; l'expérience l'a démontré. Mais la patience et l'attente ont aussi leurs limites; souvent le malade se complaît dans sa douleur, et repousse toutes les tentatives faites pour l'en détourner; alors, si l'on a obtenu sa confiance, il faut lui parler sérieusement et avec fermeté; c'est là une indication reconnue nécessaire. Le moment peut venir d'employer la persuasion, de donner des conseils, des explications, de formuler certaines défenses. En faisant des concessions, en temporisant, le médecin a des moyens d'action suffisants; il sera guidé par sa raison, et aussi par son tact et sa compassion.

En résumé :

a. *Dans la mélancolie simple :* repos; régime; bains; combattre l'insomnie; relever la nutrition par des aliments riches en albumine; donner du vin, et quelquefois de l'opium.

b. *Dans la mélancolie agitée ;* moyens plus puissants pour amener le calme; bains prolongés (une, deux heures; compresses froides); opiacés; injections de morphine; repos au lit; combattre la dénutrition.

c. *Dans la mélancolie torpide;* repos au lit; combattre les troubles de la circulation par des compresses froides placées sur la tête, par des applications de sangsues (1 ou 2 derrière l'oreille, à différentes reprises); révulsifs sur les jambes; veiller à la régularité des selles; relever la nutrition; lotions avec de l'eau tempérée; enveloppement d'après la méthode de Priessnitz; bains tièdes; au besoin, massage.

La mélancolie stupide réclame : le repos au lit, une surveillance attentive de la nutrition (au besoin, sonde œsophagienne) et des excrétions (au besoin cathétérisme); injections de morphine; bains tièdes.

d. *Dans la mélancolie hypochondriaque*, en plus des précédentes indications : traitement de l'élément hypochondriaque (V. *Hypochondrie*). Plan de traitement bien net, bien déterminé, sans tâtonnements.

e. *Dans les mélancolies par affaiblissement sénile*, il faut surtout tenir compte de la nutrition affaiblie et de l'activité vitale amoindrie. Repos au lit; bains; vin; préparations de quinquina; opium; comme adjuvant important, le camphre.

f. *Dans les mélancolies sexuelles* (par masturbation) : bromure de potassium, avec ou sans morphine. Au besoin, traitement local (pollutions, onanisme); lotions froides; faradisation générale; courants galvaniques sur le rachis et sur les parties atteintes de névralgie.

Le traitement moral dans toutes ces variétés doit toujours être dirigé d'après l'état individuel. A cause de la tendance au suicide, que le médecin ait toujours présent à l'esprit ce précepte : « Ne jamais se fier à un mélancolique ! »

DIFFÉRENTES FORMES DE MÉLANCOLIE

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE. — TERMINAISONS.

La symptomatologie clinique est très complexe; elle varie suivant les conditions somatiques, l'étiologie et l'âge; le tempérament psychique, le degré d'éducation intellectuelle et morale ont, d'autre part, une influence essentielle aussi bien sur le développement des symptômes que sur la marche et la terminaison de la maladie.

Nous étudierons d'abord cette affection chez les individus adultes et bien développés; même alors, elle présente des aspects très variés.

La mélancolie se développe progressivement, rarement d'une manière brusque. En général, elle est amenée par des émotions qui détruisent plus ou moins vite la résistance intellectuelle et physique, et qui préparent, par les chagrins et les soucis, cet état morbide des centres et de la périphérie, qui restera pour ainsi dire le noyau de la mélancolie constituée. Puis viennent l'insomnie, des troubles croissants de la digestion, un abaissement de la nutrition. D'autres éléments encore concourent à produire la psychonévrose, ce sont les névralgies et les troubles vaso-moteurs, qui sont fréquents. En dehors des causes psychiques, elle peut aussi être causée *directement* par une affection générale, altérant la constitution physique et surtout la nutrition cérébrale (anémies chronique et aiguë, troubles de la menstruation; état catarrhal de l'intestin; chez les femmes, maladies utérines; chez les hommes, troubles de la digestion). D'habitude, le malade se plaint d'abord de douleurs physiques, de maux de tête, de sensations rhumatoïdes vagues ; ou bien de vertiges, de constriction de la tête, d'obturation des oreilles, de sensation de boule à la région du cou, de tremblement aux bras et aux pieds; toutes ces douleurs se fixent enfin dans la tête et dans la poitrine.

Le malade présente une dépression générale, du découragement ; il est perplexe, misanthrope, tantôt excité sans raison, tantôt d'une indifférence inconcevable ; il n'a aucun goût au travail ; il est fatigué de corps et d'esprit. Alors il commence à méditer, à ruminer toutes ses lectures; il parle peu, n'exprime plus de joie, ne s'intéresse à rien. Beaucoup cherchent à s'étourdir par des distractions; d'autres,

surtout les femmes, multiplient leurs visites à l'église, où elles vont chercher un appui moral qui leur apparaît chaque jour comme plus nécessaire. Les malades s'adressent des reproches, qui d'abord sont modérés et peuvent être apaisés, mais qui plus tard deviennent intenses et pressants. Quelquefois, dès le début on peut voir s'établir une anxiété indéterminée, et le sentiment de crainte se trahit par des pleurs non motivés. L'insomnie, qui est constante, rend plus aiguë cette angoisse infinie, qui fait souvent place à l'excitation et à la colère, sans que le malade en sache la raison. Pendant ses nuits agitées, il se retourne dans son lit ; il est oppressé, a des vertiges ; il sent de la chaleur devant les yeux, il étouffe; le matin, il se lève épuisé et incapable de tout travail. Il existe aussi un début brusque : le malade se couche le soir tranquillement, mais, au milieu de la nuit, il est réveillé par des battements de cœur douloureux, ou par une douleur brûlante à la région cardiaque, douleur qui s'étend jusque sous les côtes. Alors il est dominé par une angoisse sans nom; une idée se présente à lui, préparée à l'avance ou conçue brusquement dans ce moment même, et elle domine tout son être moral. Un sentiment de brûlure monte du corps dans la tête ; ses pensées lui deviennent pour ainsi dire étrangères; il se croit tombé au pouvoir du diable par ses fautes, et il déplore son malheur. D'autres cas, plus rares, sont au contraire précédés de prodromes, tels qu'un changement d'humeur, une expansion inaccoutumée, de la loquacité, qui bientôt font place à la tristesse.

Quand le développement est lent, cette modification du moral n'est pas tout d'abord consciente; une bonne journée succède à une journée de tristesse. Mais ce changement moral exerce une influence croissante sur le sentiment de la personnalité et sur la conduite du malade ; celui-ci devient de plus en plus abattu, pleure souvent, surprend son entourage par des reproches inattendus, et repousse toute parole de consolation. En ergotant sur les causes du trouble qu'il ressent, il tombe dans une perplexité profonde, et cherche une explication à son état dans sa vie antérieure, ou s'imagine qu'un « mauvais esprit » a soufflé dans son âme cette épouvante incompréhensible. Alors apparaissent les illusions ; il trouve dans toutes ses perceptions un rapport affligeant avec son état. Souvent un rêve explique sa douleur qu'il n'avait pas encore comprise ; ou une rencontre qui l'émeut, un mot impérieux qui le pénètre, le stupéfient et gravent dans son cœur une impression ineffaçable. Chaque fois qu'il se remet à penser, il éprouve de nouvelles sensations au cœur, des vertiges et de la chaleur à la tête; il se sent pris dans les membres, de telle sorte qu'il croit fermement être possédé du démon. Ou bien une hallucination vient l'épouvanter dans l'isolement où il se

complaît, ou au milieu du silence de la nuit; elle lui annonce qu'il est abandonné d'en haut, qu'il ne peut fuir le sort qu'il a mérité par ses fautes.

Très souvent ce sentiment douloureux le rend incapable d'exercer sa profession ou son métier. Dans la forme hypochondriaque, on observe, en outre, la sensation toujours plus pénible d'une douleur physique incurable.

D'autres fois, des pensées obsédantes (ordinairement des blasphèmes) représentent le commencement de la maladie (le malade est obligé de dire au lieu de « Dieu », le mot « crapaud » ou « diable », ou bien au nom le plus vénéré s'attachent invinciblement des pensées lubriques). Souvent ces idées se produisent brusquement et sans cause appréciable; d'autres fois, elles sont soudain provoquées par le contraste d'une disposition pieuse, ou bien par une sensation névralgique. En vain le malade s'efforce de lutter et prie; en vain il demande à Dieu sa grâce et son pardon; il sent que toutes ses bonnes intentions sont inutiles et que le ciel le repousse.

En somme, l'idée délirante explicative, de nature dépressive, se joint à l'obsession morale pour constituer la maladie, comme cela a déjà été exposé plus haut. (V. *Mélancolie en général.*)

Les types principaux de cette mélancolie sont :

1° *Melancholia religiosa :* idées délirantes de culpabilité et d'abandon de Dieu.

2° *Melancholia persecutoria* et *demonomaniaca :* idées délirantes de persécution ; le malade est poursuivi par les démons ; on complote, on intrigue contre lui.

3° *Mélancolie avec idées de ruine :* le malade est condamné à mourir de faim ; il a compromis son existence et celle de ses parents.

La marche de ces types diffère suivant l'intensité du processus pathologique et les réactions qu'il détermine dans le territoire psycho-moteur et intellectuel (action sur la vie morale et sur la vie intellectuelle); d'où ces types à physionomie très distincte : *melancholia activa*, *passiva* (*torpida*), et *attonita*. Ils reposent sur une base psychologique.

Les conditions physiques (l'hérédité, les troubles de la nutrition du cerveau et l'anémie cérébrale avec augmentation de l'excitabilité réflexe) sont d'une influence décisive sur le développement de ces formes de mélancolie, et leur donnent un caractère actif ou passif. La classification spéciale de ces variétés est ainsi justifiée par la clinique.

Le malade pleure amèrement; il va et vient sans repos, avec des gestes de désespoir ; ses traits expriment de sombres préoccupations et l'angoisse ; il fuit la conversation, ne veut rien entendre, refuse de boire et de manger. A une journée agitée, épuisante, succède une

nuit pleine de tourments; ou bien, le malade affecte une résignation tranquille et joue l'indifférence, il soupire par intervalles, se tient debout malgré sa fatigue, ou reste accroupi, le visage contracté et rigide. Le matin est le plus mauvais moment de la journée : alors éclatent des reproches, des plaintes; le malade se frappe la poitrine, gesticule, d'autant plus agité qu'il a mieux reposé pendant la nuit. Dans la journée il se contient davantage, et parfois même il se montre sociable et assez gai dans la soirée. L'état moral peut rester le même pendant toute la journée. Parfois le malade passe tour à tour de l'espérance au désespoir; pendant ses heures de gaietés, il rit même quelquefois. Très souvent le sentiment de culpabilité grandit : non seulement le malade s'est perdu lui-même, mais il a commis un crime envers l'humanité tout entière; il n'est plus seul malheureux par sa faute, le monde entier en porte le poids; il entraîne tout dans sa ruine; les rois, les empereurs sont condamnés à mourir de faim, etc. Ce délire mélancolique de *diminution* devient un délire des grandeurs à rebours.

Souvent l'agitation permet à peine au malade de satistaire ses besoins les plus naturels ; encore y met-il beaucoup de hâte et de précipitation. Il avale brusquement la nourriture; ses vêtements sont jetés sur son corps; les soins de propreté sont complètement négligés. Tout à coup, souvent aux mêmes heures de la journée, éclatent des accès d'angoisse avec soupirs et gémissements; le malade se tord les mains, pousse des cris, s'arrache les cheveux, contracte son visage, déchire ses habits, cherche à fuir; il se porte à des violences contre lui-même ou contre les autres. Sans se livrer à ces manifestations, souvent il cherche à se délivrer de son tourment et ne veut plus se résigner à attendre la mort; on trouve dans ses poches toutes sortes d'engins : morceaux de verre, grosses pierres, cordes, etc., dont il compte se servir pour abréger son existence. Pourtant beaucoup de mélancoliques prient instamment et avec des larmes, qu'on les protège contre eux-mêmes. Quand l'accès d'angoisse est terminé, après s'être blessé ou avoir frappé quelqu'un, le malade reste épuisé; parfois il gémit sur son action et la maudit : « Sa mort est maintenant nécessaire. » Ou bien il reste plongé dans une résignation accablée; il ne s'adresse pas de reproches, il est prêt à tout supporter, et il attend avec joie l'expiation de son crime.

Chez beaucoup de malades, l'entrée à l'asile fait tomber l'excitation; en proie à une angoisse mal contenue, ils déclarent que leur placement est injuste, ils se plaignent de leur séquestration, et ces plaintes mal fondées, ils se les reprochent encore.

Parlant avec abondance, avec une tranquillité forcée et une assurance qui fait peine, ils affirment qu'ils sont bien portants ; ils ne permettent pas

même qu'on soupçonne chez eux un état maladif, et expliquent par la nostalgie les phénomènes pathologiques qu'on leur signale. Leur mine est sérieuse, raide et embarrassée; leurs yeux restent baissés; sombres et silencieux, ils ne se laissent pas entraîner dans une conversation sans affirmer hautement leur santé intellectuelle, en même temps que leur culpabilité. Ils soupirent profondément et versent à l'écart d'abondantes larmes ; souvent ils poussent tout à coup un cri douloureux, mais jamais ils ne se plaignent sans y être poussés. Ils ne disent pas ce qu'ils pensent, ils n'éprouvent pas le besoin de parler, il faut leur arracher les plaintes; puis ils se renferment dans un silence préoccupé. (Pour les symptômes physiques concomitants, voir *Mélancolie en général.*)

Arrivée à ce degré, la maladie peut persister des jours, des semaines et des mois, avec des oscillations caractéristiques dans la journée, et assez souvent on observe des rémissions psychiques plus marquées et durables. Tandis que les uns sont bouleversés par leur douleur, sont brisés de corps et d'âme, d'autres restent toujours maîtres d'eux-mêmes, dans les heures tranquilles et au milieu de tourments mortels. Ils cherchent de toutes leurs forces à dominer la maladie, à ne pas se laisser vaincre; ils supportent les choses les plus pénibles avec une patience étonnante; ils ne tournent jamais leur impatience contre les autres, et sont satisfaits si leur fardeau leur semble seulement un peu allégé.

Si la nutrition se relève, et si la physionomie, le regard, reprennent une expression normale, on peut espérer une amélioration. Mais souvent la patience du médecin est soumise à une dure épreuve ; car la marche est progressive, jamais rapide. Le malade dont l'aspect s'améliore devient plus calme et moins indifférent; de temps à autre il laisse échapper un mot qui témoigne un peu d'intérêt et de bonne humeur; souvent il est rappelé à la réalité en entendant par hasard des chansons du pays, des poésies qu'il avait apprises autrefois. Au début, il se reproche ces pensées réconfortantes (car seules, les idées de reproche et de culpabilité étaient jusqu'ici considérées comme justes par lui); puis ces scrupules diminuent peu à peu ; les illusions des sens disparaissent progressivement et avec lenteur, et le malade atteint la guérison, le plus souvent, il est vrai, après des oscillations; il se rend compte alors de son état passé et manifeste une réelle reconnaissance. Au commencement de la guérison, on observe un peu de satisfaction et d'excitation ; certains malades ne sont pas seulement rajeunis, mais leur physionomie est plus fine, plus spirituelle, leur langage plus élevé. Quand la guérison est confirmée, ils redeviennent ce qu'ils étaient auparavant. Quelques-uns sont plus lents à se remettre, et ne reprennent leurs allures anciennes qu'après avoir été rendus à la vie commune. Dans ces cas, on observe

parfois un stade de faiblesse psychique, une certaine inquiétude, et quelques restes de l'ancien délire, qui souvent reparaît pour céder enfin devant la logique des faits.

Cette convalescence prolongée se voit surtout dans les cas où l'anéantissement mélancolique avait été jusqu'à l'oubli complet des relations antérieures du malade, qui méconnaissait son nom et ses parents, et s'étonnait de pouvoir encore écrire et lire. Dans cette convalescence, on voit souvent aussi se produire des accès d'angoisse précordiale non motivés. Quand il y a anémie profonde, la marche est ordinairement plus lente. Les malades maigrissent souvent d'une manière sensible, sont pâles, d'aspect cachectique ; le pouls est petit, misérable, fréquent; la peau sèche et écailleuse, l'haleine fétide. Psychiquement, ces malades sont plus stupides, plus indifférents ; ils répondent à peine qu'ils ne savent pas ce qu'ils ont, qu'on doit les tuer, etc. ; ils sont de plus en plus difficiles à nourrir, de plus en plus négligés dans leur tenue ; leur force musculaire est diminuée ; leur démarche est chancelante. Après des périodes de calme répétées, et quelquefois aussi après des rechutes périodiques, le corps se fortifie enfin, et le rétablissement intellectuel s'obtient en même temps.

La guérison, une fois atteinte, est complète ; elle est souvent durable dans les formes franches et quand la durée de la maladie n'a pas été trop longue.

Le *mélancolique passif* est, dans son aspect extérieur, l'opposé du précédent. La passivité douloureuse, l'arrêt des phénomènes intellectuels et moteurs, sont les traits cliniques caractéristiques. Les malades restent ainsi pendant des jours et des semaines sans qu'on puisse les faire mouvoir ; ils se tiennent muets et immobiles avec un regard plein d'angoisse, une attitude brisée, les traits tirés et rigides ; il faut les secouer pour les tirer de leur torpeur douloureuse. Ils répondent à peine, à voix basse, et comme il convient à leur humilité et au sentiment de leur nullité complète. Ils réclament pour eux les travaux forcés, la cour d'assises, la mort ; ils veulent manger ce qu'ils trouvent de plus infect ; ils sont les derniers des ignorants, ne savent rien, ne comprennent rien. Parfois un flot de larmes les soulage. En apparence, ils ne portent aucun intérêt à ce qui les entoure, et pourtant chaque impression augmente leur douleur. Les lettres et les visites ne produisent souvent aucun effet, ou déterminent, comme par une secousse réflexe, des larmes momentanées ; mais bientôt reparaissent l'état passif et l'expression antérieure de la physionomie. Cette passivité peut aller jusqu'à une résistance complète par inertie, qu'on cherche à déplacer le malade ou qu'on sollicite de lui une action quelconque. Les malades ne demandent pas à manger, ils refusent les aliments qu'on leur présente, négligent leur tenue ; ils suivent, sans volonté propre, les impulsions étrangères. Souvent des crises d'angoisse périodiques se montrent d'une façon intercurrente, avec des hallucinations (ils assistent à des supplices). Ils retiennent l'urine et les matières fécales le plus longtemps possible. Quand

la nutrition est très affaiblie, et, par suite, l'anémie profonde, à la place de la contracture musculaire et de la rigidité de la physionomie, on voit souvent une flaccidité plus ou moins grande. Celle-ci, unie à un état en apparence apathique et à un mutisme invincible, rend parfois difficile le diagnostic d'un état de faiblesse physique réelle, causée par l'anémie, et qui est cependant une terminaison fréquente de la maladie. Si l'affection tend à guérir, si les échanges nutritifs s'accomplissent mieux, cette passivité intellectuelle fait place à une activité croissante. Le malade parle plus volontiers, commence à travailler, et raconte ses tourments; les mouvements actifs sont plus faciles, et la résistance musculaire est plus grande. Beaucoup de malades deviennent alors des mélancoliques actifs, et ils passent par les phases décrites de la maladie active, pour arriver enfin à la guérison. Chez d'autres, la guérison est atteinte plus directement : la pensée, paralysée par la dépression morale, reprend son cours, et, au contact de la réalité, les idées se rectifient peu à peu. On observe souvent alors un stade transitoire de nostalgie pénible, obsédante. La rectitude complète du jugement n'est pas toujours obtenue pendant le traitement entrepris soit à l'asile, soit dans le milieu antérieur; la guérison ne se produit que dans un milieu nouveau, comme si l'idée délirante puisait sans cesse une nouvelle force dans le terrain où elle s'est développée. Souvent la complète guérison résulte de la sortie du malade, ou du changement de sa situation; et elle est quelquefois très rapide.

La marche et la terminaison décrites ci-dessus correspondent à la mélancolie typique; mais ce type est rare. Les idées obsédantes sont des complications fréquentes; elles se distinguent des pensées obsédantes subites de la neurasthénie par une ténacité désolante; ou bien ce sont des anomalies de la sensibilité avec interprétations délirantes, surtout dans le sens démonomaniaque; ou encore ce sont des illusions et des hallucinations intenses (visions de diables, de têtes de morts, de serpents, de bêtes féroces, etc...), qui ont une influence considérable sur l'état moral et les actes du malade.

Parmi les actions réflexes, citons d'abord le *raptus melancholicus*, acte brusque de violence contre soi ou contre les autres, déterminé par l'angoisse devenue intolérable. D'ordinaire, des sensations irradiées de la périphérie, des paresthésies ou des névralgies insupportables précèdent l'accès. Ou bien ce sont des sensations en forme d'aura qui partent de la région précordiale, de l'abdomen, de l'occiput; ou des sentiments d'oppression, avec peur de la mort; dans d'autres cas, des hallucinations terrifiantes suivies d'actes désespérés. Le désespoir peut se traduire par un acte intentionnel (meurtre des parents, suicide) ou par une convulsion psychomotrice (action de jeter un enfant par la fenêtre, destruction brusque des objets, horribles mutilations, etc.). Dans ce cas, on observe quelquefois, comme prodromes, des mouvements convulsifs avec conservation de la conscience; le malade se tord les bras, secoue la tête, tourne les yeux, contracte son visage. On observe également des spasmes vaso-moteurs (pâleur cadavérique du vi-

sage, palpitations, sueurs froides, etc.). La violence de l'acte est en rapport direct avec l'intensité du sentiment douloureux. Le malade assouvit sa rage et aussitôt sa colère épouvantable tombe. L'acte commis, il se trouve soulagé; c'est le sentiment d'apaisement qui suit le réflexe. Puis le repos et la réflexion amènent le remords. Le souvenir de l'acte est rarement précis, ordinairement sommaire, souvent il manque complètement. Les impulsions motrices peuvent se transformer en phénomènes neurasthéniques subits (raptus névralgiques). Les paroxysmes de la mélancolie typique, les accès mélancoliques typiques s'en distinguent seulement par leurs conséquences plus grandes, par la conscience du but et par une durée relativement plus longue. Il est à remarquer en clinique, que parfois des raptus multiples, se suivant rapidement, précèdent la mélancolie, qui alors prendra de préférence une allure démonomaniaque (comparer avec le délire systématisé démonomaniaque aigu).

La *mélancolie hypochondriaque*, quand elle conserve le même caractère pendant toute la durée de la maladie, est une affection neurasthénique (psychonévrose chez un individu à cerveau invalide). Tantôt elle accompagne un trouble physique (catarrhe du tube digestif), ou bien elle se joint à quelque sensation nerveuse pénible (bruit dans les oreilles); tantôt elle se produit plus ou moins vite sans que le mélancolique puisse la rattacher à une cause. Parfois elle s'empare brusquement du malade qui analysait sans cesse son état, et le plonge dans une terreur confuse (épouvante causée par la spermatorrhée). Cette dépression devient un véritable chaos de terreurs, qui produisent à leur tour d'autres sensations, nouveau sujet d'analyse pour le patient. Toutes les parties du corps donnent lieu à des sensations angoissantes; la respiration est arrêtée; les membres sont parcourus par des tremblements; un frisson douloureux traverse la moelle des os. Aucun des médecins consultés alors ne peut soulager le malade; « les médicaments produisent tous l'effet contraire à l'effet ordinaire : chaque cuillerée d'un médicament fait l'effet d'une balle traversant l'estomac ». Le malade se sent « glacé de l'estomac jusqu'à la bouche »; la sensation se localise à certaines places de la poitrine, qui est souvent le siège de névralgies. Il éprouve des battements, des brûlures, etc. Il ne peut plus respirer; « une vapeur venue de l'estomac vient paralyser le cœur, monte jusqu'à la bouche, jusque dans la tête; elle lui donne des vertiges, lui pique le crâne; elle descend à travers l'intestin jusqu'à l'anus ». Pour remédier à cet état de l'estomac, il emploie toutes sortes de régimes, il accueille tous les conseils des charlatans; souvent il jeûne toute la journée; il est infiniment malheureux, incapable de travailler; ses nuits sans sommeil sont agitées par la crainte de ne pouvoir guérir. Les mêmes plaintes se répètent chaque jour avec une uniformité fatigante. Son urine et ses matières fécales préoccupent surtout le malade, qui les examine à chaque instant de la journée, et trouve dans cet examen de nouveaux sujets d'alarme. Tout ce qu'il prend est la cause de nouvelles tortures; souvent il manifeste des idées de suicide. Au point de vue de l'humeur, on observe tantôt du désespoir, tantôt une excitation agressive; il adresse des reproches continuels à tous ceux qui l'entourent: il est souvent insolent, emporté, et

même violent. D'ordinaire la nutrition s'affaiblit à un haut degré; la circulation se fait mal, les mains et les pieds sont froids, le pouls est ralenti, souvent petit. On trouve toujours des phénomènes dyspeptiques, quelquefois une névrose réflexe du pneumo-gastrique. Le malade est constipé. Dans les cas favorables on arrive à régulariser la digestion, l'assimilation et à relever la nutrition. L'état moral s'améliore parallèllement et le goût du travail reparaît. Souvent les malades prétendent sentir la douleur se retirer pas à pas de la tête et des membres, et alors la guérison se produit progressivement, mais toujours après une durée de plusieurs mois, et souvent après plusieurs récidives (écarts de régime).

Chez les vieillards, la mélancolie hypochondriaque se transforme ordinairement en délire systématisé (Wahnsinn); elle est caractérisée par l'exagération des plaintes et par la perte de l'action modératrice du cerveau, devenu sénile. Des réflexes violents rendent le malade très dangereux pour lui-même et pour son entourage; parfois on observe une série d'actions motrices involontaires : les malades se jettent à terre, dans une angoisse désespérée; ils se frappent violemment la tête contre les murs, sont en fureur, poussent des cris; ils sont *forcés* d'agir ainsi, et parfois un épuisement mortel est la conséquence de l'accès. La marche est aiguë (elle dure deux ou trois mois). Les idées hypochondriaques consistent en angoisses et en sensations variées : « la tête va tomber; la nuque est brisée, les matières fécales passent dans les membres; le corps est ouvert, le vent le traverse; de l'eau clapote dans le ventre, le malade répand une odeur cadavérique horrible; vivant, il est pourri d'abcès vénériens, etc... » D'autres fois cette hypochondrie sénile présente des symptômes moins nombreux et moins intenses, et prend une allure chronique; le refus persistant des aliments est fréquemment observé; elle guérit quelquefois, en laissant derrière elle un amoindrissement de l'intelligence. — (Alimentation par la sonde œsophagienne; relèvement de la nutrition. V. *Folie hypochondriaque*).

La marche de la mélancolie type présente des épisodes variés. Parmi ceux-ci on note : 1° une excitation furieuse; 2° un état de stupidité avec erreurs des sens (hallucinations et illusions); ce sont les plus remarquables et les plus fréquents.

I. L'excitation furieuse présente un caractère particulier d'anxiété ou de désespoir; ce sont des plaintes douloureuses se répétant d'une façon monotone; un mouvement inquiet et sans repos; des gestes automatiques (V. *Généralités*). On donne le nom de *melancholia agitata* à cet état, qui tantôt est intercurrent, tantôt domine toute la marche de la maladie. Souvent il existe des hallucinations terrifiantes, et presque toujours des névralgies intenses qui amènent des actes réflexes impulsifs. Les malades maigrissent souvent au point de ressembler à des squelettes, et ne satisfont les besoins les plus urgents, ne boivent, ne mangent, que si on les y pousse; pendant des semaines ils souffrent d'insomnie, et souvent d'accès

d'angoisse intermittents. Ils se cachent, repoussent toute approche, courent de tous côtés, se précipitent avec fureur sur les personnes et les objets environnants; ils ne mangent presque rien ou avalent les aliments avec gloutonnerie. Ils répètent pendant toute la journée, au milieu des pleurs et des gémissements, les mêmes fragments de phrases monotones qui expriment toujours la même pensée douloureuse. Des dispositions d'esprit incessamment changeantes, le désespoir, les remords, les blasphèmes, correspondent aussi à cet état de douleur.

Ces deux traits caractéristique, l'arrêt de la pensée et la fixité dans l'état moral, distinguent la mélancolie de la manie type. Celle-ci est caractérisée par une fuite réelle d'idées, et des modifications successives et variées de l'état moral. Il existe pourtant des formes transitoires où la douleur mélancolique augmente brusquement et détermine des réflexes moteurs avec une série d'accès furieux (V. *Fureur*). Alors les associations d'idées sont plus lâches, la marche des idées est plus rapide, et l'on observe une fuite d'idées. En règle générale, la marche est suraiguë; la manie dure plusieurs jours, puis fait place à la dépression et à l'angoisse (crainte d'être tué) Après plusieurs jours, paraît un état d'épuisement psychique, avec obnubilation de la conscience; enfin la guérison est progressivement obtenue.

La marche ultérieure de la *melancholia agitata* se fait suivant trois modes différents : (*a*) la mélancolie, qui avait conservé pendant des mois toute son intensité, se termine par une phase plus calme, rappelant le stade du début, puis par une guérison progressive; (*b*) d'abord stade d'excitation avec confusion des idées, avec impulsions soudaines et souvent bizarres (c'est une sorte de manie choréiforme due à une faiblesse psychique et à une irritabilité affective exagérée). A cette excitation succède un stade de puérilité, avec idées obsédantes éveillées par chaque mot, chaque perception; le malade exprime la même idée pendant des heures, tout en changeant d'humeur à chaque instant; tantôt c'est une confusion puérile, tantôt il est naturel, tantôt agressif. De ce stade, on passe enfin à la guérison, souvent après des récidives répétées de manie; (*c*) état de délire systématisé avec dépression tranquille ou avec exaltation autoritaire. Cet état est aigu ou chronique. Quand cette forme se présente, soit au milieu de la mélancolie, soit dans la convalescence, le sentiment de repentir et d'expiation s'élargit : le malade croit avoir une mission, il doit racheter l'humanité. Souvent c'est un délire des grandeurs mélancolique : le malade croit être un élu de Dieu, ou Dieu lui-même.

Cet épisode peut : 1° offrir le caractère d'un affaiblissement intellectuel, expression naturelle de l'épuisement causé par une agitation excessive; et

par suite il est passager; les hallucinations agréables qui suivent cèdent peu à peu, et la guérison se produit. Mais il faut compter avec la possibilité de *récidives répétées* de ce délire systématisé religieux avec hallucinations, qui peut amener une faiblesse intellectuelle définitive; 2° la période d'exaltation peut se présenter comme une manie avec excitation (colère), avec un sentiment exagéré de la personnalité (le malade a pu résister aux persécutions, et il est maintenant délivré; il a supporté la lutte contre le démon, tous ses ennemis sont punis) et avec une humeur orgueilleuse, insolente et même brutale. La guérison peut se produire progressivement; mais souvent c'est le délire systématisé chronique qui s'établit.

Dans beaucoup de ces cas on peut découvrir, dès le début de la mélancolie, quelques groupes d'idées délirantes systématisées.

II. Les phases de délire systématisé aigu qui se produisent dans le cours de la mélancolie ont comme caractères communs : une obnubilation plus ou moins marquée de la conscience avec angoisse et stupeur, et avec erreurs des sens (surtout des illusions).

Les malades courent partout, poussent des cris sauvages; tantôt ce sont des cris inarticulés, tantôt des mots isolés. Ils menacent de devenir violents; ils jettent les aliments, errent pendant la nuit dans leur chambre. Dans l'intervalle, périodes d'angoisse avec stupeur, et sans réaction; ils restent pétrifiés dans la même position, leurs regards expriment la terreur, leurs traits sont contractés.

Il faut les habiller, les nourrir. Très souvent des palpitations avec irrégularité du pouls, de l'inégalité pupillaire, accompagnent ces épisodes qui durent des jours et des semaines. Quand le malade revient à lui, il raconte les erreurs de tous les sens qu'il a éprouvées, il voyait des croix de feu, des torches, des éclairs; il entendait des voix qui se disputaient son âme; des fantômes venaient le consoler, et lui témoignaient de la compassion; il voyait des cadavres; il éprouvait des sentiments douloureux dans le corps, comme si on le coupait et qu'on voulût lui tirer tout son sang, etc... Comme dans le délire systématisé aigu, ces illusions persistent quand la conscience est moins troublée, et le malade conserve longtemps dans sa dépression un délire de persécution amoindri; il reste susceptible et méfiant; il croit qu'on lit dans ses pensées, dans sa physionomie.

La mélancolie, aux *époques critiques*, et dans *la vieillesse*, tend à devenir chronique et prend le caractère du délire systématisé, où tout le délire est constitué *presque exclusivement par des illusions*. Le trouble de la conscience n'est pas aussi profond que dans les accès aigus intercurrents. On voit souvent les perceptions exactes remplacer les perceptions fausses, des phases de lucidité succéder à des phases de rêves; il suffit souvent, pour amener ce résultat, d'appeler le malade à haute voix.

Après une phase prodromique plus ou moins prolongée de mélancolie

typique, un délire de culpabilité et de damnation, interrompu parfois brusquemant par des épisodes de satisfaction infinie et de joie céleste, arrivent des illusions de tous les sens toujours plus étendues, et qui se rattachent à la dépression et à l'idée délirante qui domine. Souvent c'est une lutte entre le bon et le mauvais esprit; enfin le mauvais triomphe, et le coupable est abandonné à ses remords. Le malade croit voir des diablotins dans chaque dessin du tapis; il aperçoit dans les plats des têtes d'anges et de saints, suppliciés à cause de ses fautes; s'il marche sur le sol, il foule aux pieds des crucifix que son imagination délirante lui fait voir dans les veines du parquet, et sur lesquels il est forcé de marcher. S'il fume un cigare, il pense qu'il brûle le Christ; dans son urine, dans ses matières fécales, il aperçoit des têtes qui sont de bons ou de mauvais esprits, sortis de son corps; cette vue renouvelle sans cesse son désespoir; aussi retient-il souvent son urine et ses excréments. Il repousse les aliments, refuse de satisfaire les besoins naturels, de se lever, de fixer son regard, par suite de réflexes qui paralysent sa volonté; et ces interprétations des choses extérieures l'isolent de plus en plus dans le doute et l'incertitude; il se demande s'il ne fait pas un acte condamnable, et, par là même, il augmente encore sa dépression. Sa résistance à toutes choses produit souvent une tension réflexe de tous les muscles; après chaque action, chaque parole, il est assailli de remords, se livre à des plaintes, à des supplications, à des gestes désespérés, et souffre d'un sentiment toujours plus intense de son abaissement, sous l'influence de son délire toujours plus absurde. Les hallucinations ne font pas non plus défaut; elles peuvent devenir passagèrement plus actives, et déterminer une excitation qui dure le jour et la nuit, avec tourments et angoisses, cris désespérés et impulsions dangereuses. La conscience reste longtemps assez bien conservée; elle s'affaiblit seulement quand il y a inanition cérébrale, passagère ou croissante. La terminaison est un épuisement progressif souvent rapide (passage à la forme appelée délire aigu mélancolique), ou bien une convalescence intellectuelle lente, avec relèvement de la nutrition.

Les malades restent longtemps excitables, défiants, querelleurs, se plaignant de toutes sortes de sensations dans la tête; aux conceptions et aux jugements se mêlent des idées délirantes de persécution qui disparaissent lentement, et qui en général ne peuvent pas être rectifiées. La plupart des malades restent, dans les cas favorables, des invalides psychiques. Quand il y a tendance à la guérison (parfois à la suite d'une affection fébrile aiguë, pneumonie), la marche est moins rapide, et l'on observe toutes les transitions vers la démence hallucinatoire primitive (voir plus loin), dont les cas nettement caractérisés se différencient cliniquement par le développement de la maladie, et surtout par l'état de la conscience, qui est lucide (mélancolie des périodes critiques), ou obscurcie d'une façon durable (démence primitive avec hallucinations).

La mélancolie peut aussi avoir une *allure chronique*. Toutes les formes décrites, actives et passives, surtout les variétés démonomaniaque et hypochondriaque, peuvent, après le stade aigu ou subaigu,

devenir chroniques. La dépression, les idées délirantes et les hallucinations persistent, et le malade les accepte d'une façon définitive. Pendant tout le jour, il s'accuse, se plaint, répète les mêmes mouvements stéréotypés, froisse et tiraille ses vêtements, se frotte le corps. L'acuité de l'affection est moindre, mais quelques paroxysmes surviennent par intervalles. Du reste, le malade peut s'occuper, même pendant ces manifestations qui deviennent toujours plus automatiques; il se livre à quelque occupation mécanique, et prend part à ce qui se passe autour de lui. Mais l'application, l'énergie et l'intelligence diminuent; le malade marche vers une démence progressive à teinte mélancolique. D'autres fois, la vigueur intellectuelle se conserve pendant un temps extraordinairement long. Les malades, encore capables de joie et d'espérance, et toujours prêts à préférer la mort à leur pénible situation, luttent encore bravement, héroïquement, avec une patience silencieuse, et savent employer utilement leurs forces péniblement rassemblées. Beaucoup deviennent phthisiques (V. *Forme sénile*). La nutrition affaiblie se relève quand la maladie passe à l'état chronique, dans la plupart des cas, du moins, mais non dans tous. Le visage prend une expression de plus en plus obtuse; souvent la peau du front s'épaissit; les conjonctives deviennent plus épaisses, prennent une teinte sale, et sont parcourues par des vaisseaux tortueux et dilatés.

Dans ces *mélancolies chroniques* à caractère cérébropathique (voir plus loin), se range une forme clinique très maligne : le sujet s'oppose à tout, refuse tout, et la dépression atteint un degré tel que chaque émotion, chaque impression, chaque modification psychique momentanée détermine une réaction douloureuse.

La douleur est un plaisir, et le plaisir une souffrance ; le malheureux veut faire ce qu'il ne doit pas, et doit faire ce qu'il ne veut pas. Une constitution profondément affaiblie, un athérome souvent considérable (avec lésions valvulaires), un âge avancé (et, dans les jeunes années, une lourde tare héréditaire), sont les éléments somatiques de la maladie. L'attitude affaissée, brisée des malades trahit, au premier coup d'œil, leur douleur cachée ; dans leurs yeux excavés et dans leur physionomie abattue, on lit le chagrin moral le plus profond. Toujours aux aguets, méfiants, ils sont poussés par une incessante agitation intérieure ; toujours prêts à s'enfuir, ils refusent de dormir et de manger; ils secouent les portes, ne se laissent pas décourager par mille tentatives inutiles; ne craignent ni la chaleur ni le froid; prêtent aussi peu d'attention à un mot bienveillant qu'à une parole dure. Ils refusent tout, particulièrement la nourriture, et l'emploi de la force est nécessaire pour les alimenter. Ils ne mangent pas malgré leur faim ; d'autres fois, si on les laisse libres et qu'on desserve tranquillement la table, ils se précipitent avidement sur les plats qu'on emporte. La ruse est ainsi très souvent utile; mais la plupart du temps ils ne cèdent qu'à

la force. Leurs habits sont négligés, malpropres; les soins de propreté doivent être imposés. Par leur ténacité et par leur obstination insurmontables, ils sont les plus difficiles des malades, exigeant toujours une direction en toutes choses ; leur situation si triste excite une grande compassion et nécessite un traitement humain. Souvent le malade tombe dans le désespoir, ou bien il devient un peu plus conscient et plus tranquille ; ses idées sont rares, d'une fatigante uniformité ; il est ruiné, veut retourner chez lui, demande grâce. Dans l'intervalle, il s'adresse des reproches ; il aurait dû faire ou ne pas faire telle ou telle chose. Dans les heures tranquilles, il se plaint d'oppression cardiaque, d'angoisse, de confusion intellectuelle, de pensées, abominables, de tentations diaboliques, de grande fatigue, et par moments, d'hallucination de l'ouïe, La nutrition devient, par suite, de plus en plus misérable ; il se produit des altérations du sang, aussi la contusion la plus légère est-elle suivie d'ecchymoses. Les othématomes sont fréquents et déterminés par les moindres causes. Souvent, par des soins attentifs, en relevant la nutrition (alimentation par la sonde) et en prévenant la formation d'eschares, on réussit à sortir le malade de cet état, mais on ne peut le conduire qu'à une guérison psychique *imparfaite*. Plus souvent encore tout est inutile ; le malade tombe dans le marasme ou meurt d'une maladie intercurrente (phlegmon, eschares, pétéchies avec hémorrhagie nasale incoercible ; suicide).

Au point de vue de la *marche*, on peut voir se produire deux types cliniques : parfois c'est un type intermittent et passager, d'autres fois ce sont des phases de stupeur sub-cataleptique. Au point de vue du pronostic, il faut savoir qu'un malade peut refuser pendant toute une année de s'alimenter, et guérir cependant.

Ces mélancolies chroniques ne sont que des transitions cliniques et anatomo-pathologiques vers les cérébropathies intellectuelles par *atrophie cérébrale primitive*. Beaucoup de ces cas ne sont qu'une série de maladies particulières, de paroxysmes, qui se succèdent pendant des années, une suite de *mélancolies périodiques* qui s'aggravent et se terminent par un paroxysme définitivement incurable ; et l'on trouve à l'autopsie la lésion dont nous venons de parler. Au début, c'est une mélancolie simple ou hypochondriaque; mais on reconnaît déjà dans la monotonie stéréotypée des plaintes ridicules ou puériles, la pauvreté intellectuelle primitive (c'est de la faiblesse psychique, au lieu de l'arrêt mélancolique simple). La nature des réflexes déterminés par l'état moral (action de se rouler à terre, refus plus ou moins violents; tendances perverses, impulsions à se blesser), montre la tare organique profonde qui pèse sur le malade.

La guérison est encore obtenue quelquefois (complète ou imparfaite) même après une durée de plusieurs années; mais une observation attentive montre que le malade, même dans les cas favorables, reste touché. Il persiste un léger état de torpeur psychique, d'inattention, d'indécision, et l'on observe des moments de tristesse non motivée ; ensuite reparaît un paroxysme mélancolique d'une durée variable, quelquefois suivi d'une guérison relative, mais avec des lacunes considérables. Ainsi se suivent les diverses étapes de l'affection, jusqu'à ce qu'enfin le malade tombe dans un état

d'affaiblissement intellectuel avec dépression ; la démence est alors l'élément principal, et les caractères mélancoliques ne sont plus que des traits accessoires; le malade peut cependant encore céder à une impulsion au suicide.

La forme chronique de la mélancolie hypochondriaque, comme la forme simple que nous avons décrite, se développe, de préférence, sur un terrain neuropathique (surtout hystérique), chez les masturbateurs et chez les femmes souffrant de lésions utérines (infarctus utérin chronique (1) avec catarrhe généralisé). Aussi est-elle plus fréquente chez les femmes; elle frappe tous les âges, particulièrement les jeunes filles anémiques et qui ont une tare héréditaire; pourtant les jeunes gens aussi sont souvent atteints.

La symptomatologie est celle d'un état nerveux, habituellement avec irritation spinale; comme trait caractéristique, on constate une oppression morale, souvent une tristesse infinie, une sensibilité augmentée, une tendance à s'abandonner à toute impression douloureuse; un découragement et un affaiblissement de la volonté. *Physiquement*, tout le système nerveux sensitif est très hyperesthésié, et les malades vibrent comme un instrument. Toutes les régions sont douloureuses; chaque nerf donne des impressions pénibles; pour exprimer les brûlures, les battements, les tensions, les compressions, etc.., les termes manquent au malade. Même quand son esprit est le plus calme, il éprouve des sensations de chaleur et de froid, des battements de cœur et de l'angoisse.

D'habitude, le malade est incapable de penser avec calme ; ses idées se pressent sans ordre. Tout ce qu'il voit et entend éveille des images et des pensées qui elles-mêmes en appellent d'autres ; elles se mêlent et déterminent un vertige douloureux, une fatigue épuisante. Des sensations perçues très vivement se localisent aussitôt dans le corps. En même temps, l'agitation intérieure augmente, le mélancolique craint de penser, et son humeur, toujours plus capricieuse, l'isole chaque jour davantage. La moindre excitation le fait vibrer tout entier comme un hystérique et il est absolument dominé par elle, brusquement; le moindre fait, la disposition d'humeur du moment, une impression insignifiante, un léger trouble de la sensibilité générale, un rêve de son imagination, excitent des sensations anormales et dominent la situation intellectuelle avec une force et une ténacité extrêmes. A tout moment ce sont de nouvelles plaintes : le nez est trop étroit, le corps distendu, la chambre est trop petite, l'air est trop lourd, la respiration trop courte, etc. En même temps le malade éprouve un besoin toujours plus impérieux d'être plaint: il exige des attentions de plus en plus grandes, sans égard pour la fatigue de ceux qui l'entourent. D'un autre côté, sa susceptibilité morale est telle, que les soins les plus dévoués lui paraissent insuffisants; beaucoup se comportent comme des enfants insupportables, veulent voir leurs souhaits accomplis à l'instant, s'irritent pour le motif le plus futile, reprennent ce qu'ils viennent de

(1) Métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus.

repousser et refusent, avec l'entêtement le plus intraitable, de se soumettre à ce qu'ils acceptaient auparavant. D'autres se plaignent d'être méconnus et récriminent amèrement contre leur entourage; enfin, ils sont haineux, rancuniers et agressifs contre « tous ces gens qui ne pensent qu'à leur nuire ».

Chez d'autres mélancoliques, aux sentiments d'amertume se joint le désir de la guérison, et aussi le souvenir de douleurs anciennes, d'espérances détruites, de déceptions; il en résulte des épisodes de douleur mélancolique, avec des larmes et même des mouvements convulsifs. Souvent, et ceci est digne de remarque, on peut assez facilement, au milieu des scènes de désespoir, changer la disposition d'esprit du malade en liant avec lui une conversation intéressante et agréable; on peut ainsi le délivrer de ses préoccupations, l'amener à soutenir une conversation vive, lui redonner de la gaieté, de la confiance et de l'espoir, relever, en un mot, ce « gladiateur mourant ». La netteté et l'intégrité de la conscience persistent d'une façon frappante. Cet état peut durer des mois et des années (souvent avec des alternatives quotidiennes). Le malade reste, pendant tout ce temps, une énigme pour le diagnostic et le pronostic; jamais complètement maître de soi, toujours un peu craintif et découragé, il passe d'une douleur sombre et infinie à une tranquillité passagère; il est même, alors, gai et sociable. Aujourd'hui, il se répand en plaintes; demain, il peut comprimer ses fausses sensations et penser avec justesse, pour retomber bientôt dans sa dépression primitive; puis de nouveau il se relève et se réjouit trop tôt de sa guérison. Souvent il fait des menaces de suicide (fréquemment sérieuses). Au milieu de ces oscillations protéiformes à physionomie hystérique, il se produit, dans les cas favorables, une tendance à l'amélioration; les plaintes deviennent plus rares, l'état moral est plus calme, l'extérieur plus composé; la société et le travail sont mieux appréciés.

Dans les cas moins heureux, les malades, après des récidives répétées et dont la gravité est croissante, entrent dans le délire systématisé hypochondriaque (secondaire); leurs sensations sont de plus en plus étranges, et enfin tout leur corps leur paraît transformé. Ils se donnent à eux-mêmes un régime absurde, mangeant avidement de l'herbe et autres substances indigestes; d'autres fois ils refusent obstinément la nourriture, ou ne la prennent que si on la place dans certains récipients et à certains endroits. Assez souvent, dans la suite, apparaissent des idées de persécution et surtout des craintes d'empoisonnement. Ils ne mangent et ne satisfont les besoins naturels que lorsqu'ils ne peuvent plus faire autrement, et leur humeur devient de plus en plus indolente ou méfiante; souvent ils se livrent à de brusques violences contre eux-mêmes ou les autres et cèdent à des impulsions destructives. Beaucoup d'autres mélancoliques hypochondriaques chroniques restent toute leur vie dans un état presque stationnaire; ils se replient sur eux-mêmes et deviennent d'un égoïsme excessif. A cette forme se rattachent les transformations en folie hypochondriaque chronique dégénérative chez les hommes.

Il faut examiner maintenant les modifications que présente la

symptomatologie décrite plus haut quand l'affection frappe un cerveau *invalide*. Les descriptions précédentes sont déjà des transitions vers cette forme. Dans ce cadre se rangent les mélancolies des périodes critiques de la vie, de la sénilité, de la masturbation, de la syphilis, de l'état puerpéral. Toutes ces variétés cliniques offrent quelques traits spéciaux dont certains ont une valeur pratique; car ils servent à caractériser la maladie au point de vue *étiologique*.

Les *caractères généraux* du syndrome montrent que la mélancolie est psychiquement inférieure; l'idée délirante est intellectuellement plus faible et plus limitée; l'association des pensées est plus défectueuse et plus lente; les phases cliniques, soit qu'elles persistent, soit qu'elles se transforment, dépendent surtout des conditions organiques, c'est-à-dire des états successifs de la lésion cérébrale. La marche des idées est ralentie, quelquefois tout à fait arrêtée; le cercle en est inégalement réduit, en tout cas, il l'est plus que dans les mélancolies franches; les idées délirantes sont niaises, et remplissent tellement toute la conscience, que tout le langage consiste, pendant des semaines, dans la répétition monotone de la même phrase, des mêmes plaintes, qui ne sont jamais rectifiées, ni même nettement conçues. Cette obsession se manifeste enfin par une négation continuelle, obstinée, et qui ne se rattache ni à un motif raisonné ni à une émotion intense.

a. *Forme sénile.* — Les malades sont incapables de se conduire; toujours perplexes, ils refusent d'exécuter tout ce qu'on leur propose, se défendent sans savoir pourquoi; ils agissent comme des enfants; ils piétinent sur place sans avancer, dans une agitation constante, poussés par quelque chose d'obscur qu'ils ressentent péniblement, mais qu'ils ne peuvent concevoir avec netteté. Souvent ils errent de côté et d'autre, avec une expression d'angoisse et de stupeur; ils ne s'arrêtent pas; ils se hâtent sans cesse; agitent leur corps, leurs membres, font le geste de pousser, de secouer, de tirer; ou bien ils courent dans leur chambre, à demi nus, la tête convulsivement renversée en arrière, et ils ne trouvent pas, même pour manger, un moment de repos; des plaintes continuelles, des gémissements (ou, encore, une brève exclamation, telle que « perdu! » « incurable! » « fou furieux! »), accompagnent ces périodes agitées, cette anxiété et ces tourments. Dans les moments plus tranquilles, ils se renferment en eux-mêmes, ils se montrent indifférents et d'un étroit égoïsme; ils parlent brièvement et recherchent la discussion; ils sont toujours mécontents et sont dans un état d'hypéresthésie sensorielle et psychique. Assez souvent ils cèdent brusquement à des impulsions violentes contre eux-mêmes ou contre les autres. A ces moments de pessimisme tranquille, et à ces discussions qui ont toujours pour point de départ leur dénuement absolu, leur ruine méritée et la détresse de leur famille, succèdent des états d'excitation dou-

loureuse avec impulsions motrices. Ainsi évolue la maladie, pendant des mois entiers, avec des alternances d'exacerbation et de rémission.

Dans les cas favorables, on peut voir la nutrition se relever, en même temps que les troubles intellectuels s'apaisent, et la guérison peut se confirmer. Dans les cas défavorables, par contre, les symptômes psychopathiques persistent; les idées deviennent toujours plus niaises et les sentiments plus émoussés. Les malades répètent sans cesse les phrases les plus bizarres et ne cessent d'opposer une vive résistance à tout ce qu'on leur demande; enfin ils poussent de véritables vociférations. Tous leurs actes sont de plus en plus monotones et automatiques; ils gémissent et se plaignent jour et nuit, ils poussent sans relâche les mêmes cris, jusqu'à s'enrouer; ils se déshabillent et se rhabillent; ils mangent, se laissent conduire à la promenade, etc. Assez souvent la conscience redevient assez nette pour qu'ils puissent donner des renseignements et exprimer une vue juste sur leur triste situation. Ils assurent souvent que leur esprit n'est pas troublé, mais qu'ils doivent gesticuler et se plaindre ainsi à cause de leurs fautes et parce que Dieu les a abandonnés. Souvent ils interprètent par une possession démoniaque (c'est le diable qui les fait agir) la conduite forcée, automatique, qui leur est imposée malgré leur résistance. Assez souvent il existe des hallucinations de tous les sens. Si l'affaiblissement intellectuel augmente, le sentiment interne de dépression et de douleur s'objective : alors le malade croit que lui-même et le monde entier ont subi un changement incompréhensible ou bien qu'ils n'existent plus. Il se plaint de surdité, dit qu'il est fou; tout est ambigu; rien de ce qu'il dit ne lui paraît clair; il ne sait plus s'il est homme ou femme; il voit tout comme autrefois, mais ne se trompe-t-il pas? Il croit cependant entendre et voir tout comme autrefois; mais « ses oreilles sont bouchées; il ne sait plus ce qu'il est (« Je suis un chien errant; je ne peux plus aller à la selle ni uriner, etc. »); il n'est plus capable de distinguer le doux de l'amer. Lui seul, misérable, fatigué et sans forces, impuissant à rien faire, est condamné à courir le monde éternellement.

Plusieurs, dans leur perplexité, demandent des renseignements sur les objets les plus simples : « ceci est-il un verre? est-ce un pantalon? » Ils demandent qu'on les repousse comme des bêtes sauvages; la mort serait pour eux le plus grand bien. Cette fin désirée arrive parfois après une dénutrition et une anémie progressives (eschares, œdème, accès de fièvre par intervalles, congestion hypostatique des poumons). D'autres fois, dans les cas favorables, un régime fortifiant est bien supporté; alors un rétablissement relatif est possible; la conduite et l'humeur du malade redeviennent plus normales. Si la mélancolie sénile revêt le caractère hypochondriaque, les idées délirantes, par suite de la faiblesse psychique croissante, sont de plus en plus étroites et stéréotypées (plainte d'être constipé, d'avoir l'estomac malade, etc.). En même temps, la vie morale est réduite à un désespoir qui est toujours le même, et toutes les affections antérieures s'effacent. Les malades se dessèchent dans leur égoïsme et se renferment dans des plaintes continuelles sur leur paresthésie corporelle, sans que rien puisse les calmer. L'affection a une marche lente et progressive, traversée

quelquefois par une période de délire avec angoisse; physiquement, on observe assez souvent des hémianesthésies avec des idées hypochondriaques douloureuses (souvent les malades sentent les aliments sur un côté de leur estomac; ils croient avoir deux ouvertures anales). Il se produit aussi des congestions vaso-motrices unilatérales à la tête et des troubles du mouvement du côté opposé. Tous ces symptômes trahissent l'affection cérébrale. Ces cas forment aussi la transition clinique vers les cérébropathies psychiques par atrophie cérébrale primitive (voir plus loin).

b. *Forme neurasthénique torpide.* — Après des excès épuisants, ou après des maladies graves et déterminant un état de consomption (typhus, état puerpéral).

Les malades sont apathiques au plus haut degré, ne parlent pas, ou répondent seulement d'une façon brève, et comme s'ils étaient à moitié endormis. Par intervalles, ils deviennent brusquement violents, agressifs et indociles. Dans leur conduite ordinaire, on observe cette soumission douloureuse déterminée par l'arrêt organique de la pensée, et que la conscience ne peut expliquer. Ils ne sont ni méfiants ni hostiles. Très souvent ils refusent longtemps la nourriture; si on ne les surveille, ils se frappent la tête contre les murs, ou se laissent tomber hors du lit; puis, brusquement, ils s'affaissent sur eux-mêmes avec désespoir. Ces raptus donnent l'impression d'un réflexe à décharge intermittente; en effet, la tension intellectuelle, dans ce trouble profond de la conscience, ne peut être soulagée par un flot de paroles. De temps en temps, il est vrai, quelques obscurs lambeaux de phrases trahissent le chagrin supporté silencieusement pendant des semaines, l'angoisse et le désespoir cachés. Cet état peut être amélioré progressivement par le relèvement de la nutrition et par une médication appropriée (morphine); le malade peut devenir libre de mieux manifester ses sentiments; alors des larmes montrent son repentir, et il appelle la mort; il prie qu'on lui pardonne ses violences involontaires qu'il ne peut contenir. En fait, on peut obtenir une amélioration progressive après une période de stupeur avec hallucinations; parfois aussi, après des phases alternantes de délire et de demi-lucidité. D'autres fois, la tension douloureuse des pensées épuise l'énergie cérébrale, et le mélancolique arrive à un état de faiblesse psychique croissante, en passant par un stade de négation (nous n'avons jamais existé; je ne suis que de l'air; rien ne pousse plus; le monde n'existe plus; il n'y a que le ciel et la terre); cette faiblesse psychique présente un caractère particulier d'engourdissement cérébral. Le malade consent à tout, puis dit non après avoir dit oui; son attention s'émousse. Des insuffisances motrices se produisent; il traîne les pieds, tremble d'un côté du corps; souvent aussi on constate du nystagmus et des sueurs d'un seul côté. Beaucoup de malades parlent seulement pendant l'inspiration, contrairement au procédé normal. Parfois leurs propos sont raisonnables, le plus souvent ils n'ont aucun sens. La dégradation morale se laisse voir de plus en plus : hostilité contre tous les parents; égoïsme le plus bas, le plus étroit; tendance au suicide, parfois suivie d'un effet funeste.

c. *Mélancolie des onanistes.* — La mélancolie, suite d'onanisme, présente

une physionomie clinique variée. La forme la plus fréquente est la forme hypochondriaque, dans laquelle le malade exploite, pour ainsi dire, ses sensations spinales neurasthéniques. Les idées délirantes reposent d'abord sur des douleurs vagues dans le dos, sur des tiraillements, des sensations de déchirure dans les jambes, une gêne de la miction, des névralgies des organes génitaux, et surtout sur la paresthésie de l'urèthre; plus tard viennent la constriction de la tête, l'incapacité de penser, des vertiges, l'affaiblissement de la vue, des palpitations, des sensations précordiales, des troubles vaso-moteurs, souvent localisés (unilatéraux); enfin des angoisses et des remords. L'état moral est variable; dans un cas, c'est une indifférence surprenante (mais à laquelle il ne faut pas se fier); dans un autre cas, c'est une angoisse extrême; le malade est découragé comme une femme, il s'attendrit, cherche à serrer les mains, tend la sienne qui, souvent mouillée et froide, donne une sensation pénible. Les romans populaires fournissent à ces mélancoliques des récits épouvantables qui les impressionnent, et dont le souvenir prépare la maladie. Ils sont misanthropes, parce qu'ils croient porter au front le stigmate de leur vice; ils cherchent l'isolement et ruminent leur souffrance; ils consacrent des heures à l'étude quotidienne de leur urine pour y rechercher des traces de spermatorrhée, et enregistrent soigneusement leurs pollutions. La marche ultérieure se produit suivant deux modes : *a*, la forme mélancolique hypochondriaque, tendant à la guérison ou plus souvent à la démence; *b*, la forme démono-mélancolique, tendant à la guérison ou plus souvent au délire systématisé. *Dans la première forme*, les principaux caractères sont : tristesse, concentration en soi-même avec raisonnements perpétuels; entêtement capricieux; indocilité et excitation; idées périodiques de grandeur et de persécution; phases de grande angoisse avec remords; par intervalles, raptus subits provoqués par des sensations génitales (il semble au malade qu'il doit tuer quelqu'un). En même temps, dégradation morale progressive; masturbation éhontée. Si l'on fait des reproches au malade, il répond par une proposition obscène. Au milieu d'oscillations régulières, avec des moments d'amélioration (pendant lesquels il a conscience de son état et promet de s'amender) et des moments plus mauvais avec impulsions brusques à mordre ou à griffer, la dégradation morale s'accentue toujours davantage, tandis que les facultés intellectuelles, surtout la mémoire, sont relativement épargnées. Le malade a des caprices insensés, sa tenue est tout à fait négligée, il vit d'une façon automatique. *La deuxième forme* débute par de la mélancolie religieuse ou démonomaniaque avec agitation angoissante et tremblement du corps (le haut du corps est poussé en avant; les jambes projetées en avant, les épaules élevées, etc.). Ces mélancoliques éprouvent un malaise douloureux, et palpent continuellement leurs parties génitales : ils sont tourmentés par des remords, car « ils sont coupables envers la postérité »; ils craignent le ciel; ils désespèrent de la grâce divine. Ensuite ils éprouvent des sensations tactiles, des tiraillements dans les organes génitaux; ils voient des diables, et manifestent des idées délirantes de possession démoniaque : des bruissements et des tintements dans la tête les tourmentent; leur cou est serré;

ils ressentent de l'oppression et comme une brûlure dans la poitrine; leurs membres sont tordus; ils éprouvent des tiraillements, des déchirements dans les parties génitales (aussi cherchent-ils souvent à les arracher). On observe aussi des impulsions suicides et homicides; des réflexes brusques, des cris, des mugissements, de la fureur, qui traduisent leur crainte d'être damnés et leur douleur d'être isolés dans le monde. Parfois, par une transformation brusque, apparaissent des sentiments de jouissance céleste, puis, de nouveau le malade subit cette conviction que le diable le rend fou. La marche peut être subaiguë (de quelques semaines à quelques mois); parfois elle peut durer jusqu'à un an ou deux. L'amélioration de la nutrition et surtout l'abandon de l'onanisme ont une influence considérable sur la marche de la maladie; cette marche est toujours très changeante, remarquable par des améliorations et des aggravations brusques. Le malade redevient tout d'un coup désespéré (de nouveau il n'est qu'une enveloppe; il n'a pas de sang; son visage devient noir; le diable a pénétré dans tout ce qui était encore bon en lui; on l'a enterré tandis que son âme était morte et son corps vivant, etc.). D'ordinaire, des crises de gastralgie accompagnent cet état. Quand la marche est prolongée, on trouve des idées délirantes de persécution et de méfiance envers l'entourage. Physiquement, on a observé souvent l'impuissance (absence totale d'érection), un écoulement involontaire de sperme pendant la miction et la défécation, des pollutions diurnes accompagnent cet état de faiblesse irritable, pollutions qui ne déterminent pas de jouissance, et qui jettent le patient dans l'angoisse et l'épouvante. La guérison peut cependant se produire lentement.

Une autre forme, également fréquente, débute par de la mélancolie religieuse avec hallucinations et impulsions; de bonne heure apparaissent à la fois des traits de délire systématisé et de dégradation morale. Les malades commencent à ressasser les mêmes idées; ne quittent plus leurs livres de prières, ni le jour ni la nuit; imposent à leurs parents et à eux-mêmes des jeûnes et des pénitences, et punissent chaque faute avec dureté, souvent par des traitements véritablement barbares. La passivité douloureuse s'accentue de plus en plus; ils s'agenouillent des heures et des jours entiers, les mains jointes; ils refusent souvent les aliments avec obstination, abandonnent tout décorum. Ils attendent et écoutent seulement les inspirations de Dieu qui se traduisent à eux par de petites secousses dans le corps ou de petits mouvements imprimés à leur tête, etc. Par un brusque changement, on voit revenir pendant quelques heures un peu de calme et de gaieté; puis ce sont de nouvelles périodes d'apathie, de résignation et de désespoir profond, causés par leur culpabilité, qui leur est rappelée par la diminution de leurs forces génitales. A ces pensées douloureuses se joignent des sensations spinales de toute nature, surtout une oppression cardiaque et épigastrique.

Beaucoup d'autres malades se fatiguent dans la lutte entre leurs bonnes intentions et les voix moqueuses qu'ils entendent; celles-ci profèrent souvent des blasphèmes, il semble que ce soient des démons acharnés à les tourmenter; leur épuisement est d'autant plus grand qu'à ce tourment moral s'ajoutent de l'excitation génitale (souvent des pollutions diurnes)

et un arrêt pénible de la volonté. Le sentiment d'être poussés au mal, que pourtant ils veulent fuir, ramène des scènes de désespoir et des impulsions, et, plus tard, la résignation douloureuse et sombre. Dans cette forme clinique, la guérison est plus difficile, mais possible, sous les conditions indiquées plus haut. Souvent des raptus maniaques se produisent d une façon intercurrente, et durent seulement quelques heures, avec un désordre intellectuel complet. La convalescence, d'habitude prolongée, se produit plus particulièrement sous forme d'une mélancolie hypochondriaque; la sensibilité à la douleur est augmentée, et le moral affaissé; souvent des traces de délire de persécution se produisent, avec des épisodes de méfiance, d'entêtement, d'hostilité envers l'entourage. Dans les cas incurables, le délire de persécution s'élargit toujours et s'étend, pour rester enfin stationnaire; la terminaison peut être aussi un affaiblissement incurable.

Ou bien, *enfin*, la mélancolie initiale se transforme en un état de démence dont les traits principaux, à côté de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, sont une conduite capricieuse, et une extrême versatilité d'humeur; c'est un affaiblissement intellectuel de caractère hystériforme avec dégradation morale. Parfois assez gai, disposé aux plaisanteries, aux obscénités, raillant effrontément toute conduite correcte, le malade, à d'autres moments, est triste et se plaint de sa santé sans raison sérieuse. Tantôt il est plein de prétentions, insensé dans ses exigences, arrogant dans sa tenue, grossier quand on le réprimande, fuyant toute approche, s'irritant quand on insiste; tantôt il reste silencieux et replié sur lui-même, se glisse le long des murs d'un air sombre, refuse toute occupation, se montre dur et entêté, agressif et même violent, malpropre et indifférent à l'excès. Cette indifférence peut aller jusqu'à l'aboulie complète, accompagnée de refus des aliments et d'un mutisme qui peut durer des années. On remarque aussi des périodes passagères d'activité et de lucidité plus grandes, pendant lesquelles on retrouve pourtant ces traits caractéristiques permanents : conduite capricieuse, instabilité des décisions, puérilité des idées, déséquilibrement moral. On pourrait souvent croire à la disparition de toute personnalité, de toute volonté, s'il ne subsistait pas quelques idées directrices dans leur conscience en partie conservée. Les malades ressemblent à des automates; leur conduite rappelle, par certains points, celle des héréditaires. Des troubles de la sensibilité générale accompagnent cet état (vide dans la tête, et toutes les sensations spinales possibles et impossibles). On observe un sentiment de fatigue considérable; par intervalles, des erreurs des sens : souvent, chez les gens instruits, des traces de l'ancienne culture intellectuelle vous surprennent; sans conceptions délirantes particulières, le malade est dirigé par des idées capricieuses qui ont la force des idées fixes. Des pensées bizarres éclatent par intervalles; en même temps, on constate une dégénérescence morale (plaisanteries libres, ridicules; grossièreté envers les parents). Le malade met le désordre dans la maison, et reste entêté, indifférent et intraitable, qu'on cherche à le conduire par la sévérité ou par la douceur. Plus tard (après des années), on peut arriver à empêcher les effets les plus fâcheux de cette démoralisation maladive, et à relever le malade par un traitement moral rationnel (à la condition, bien entendu, que

l'onanisme soit abandonné, et que les pollutions soient devenues moins fréquentes). Peu à peu, la conduite devient plus ordonnée, l'attitude et le langage sont plus corrects, et l'humeur plus naturelle. Dans les cas défavorables (quand les malades restent les esclaves de leur funeste habitude), arrive une démence sans réaction, inerte, avec un état d'indifférence et de crainte; les mouvements sont lents et sans énergie, la tenue extérieure est de plus en plus abandonnée, en même temps que le désastre intérieur devient complet. Ils restent des jours entiers collés à un mur, ou assis, les jambes pliées sous eux; souvent ils rient plus ou moins haut, regardent brusquement autour d'eux et montrent une excitation évidente; à voix basse ou à demi-voix, ils profèrent des injures, mais de façon qu'on ne puisse pas les entendre. Tous leurs actes sont lents, hésitants, leur tenue négligée; si on leur parle, il leur faut ordinairement du temps et des efforts pour formuler une réponse; leurs lèvres tremblent; leur voix est saccadée, sourde, et souvent ils interrompent une phrase commencée. Il leur faut des mois pour arriver à reconnaître les personnes qui les entourent; même ce qu'ils ont su le mieux autrefois, devient pour eux vague et comme à demi effacé. Ils ne demandent plus à voir les parents ou les amis qu'ils affectionnaient; les visites, la compassion affectueuse ou la sévérité leur sont également indifférentes. Parfois le malade donne comme motif de son attitude retenue et craintive que tout le monde connaît ses pensées avant que lui-même les ait conçues nettement. La conscience est toujours dominée par les idées morbides; le malade est absorbé; la paralysie de sa volonté va jusqu'à l'indifférence absolue. Il assiste, pour ainsi dire au spectacle des idées qui se développent sans fin dans son esprit et les perceptions les plus simples modifient sans cesse son état psychique; c'est un spectateur tantôt de plus en plus sceptique, tantôt irrité. La réalité lui échappe toujours davantage, et il tombe dans les conceptions les plus bizarres (il est un saint; ses parents sont des empereurs ou des anges), qui sont confirmées par des illusions des sens. L'excessive sensibilité des parties génitales est remarquable dans bien des cas. Le malade cherche à cacher avec les mains ses organes sexuels quand il est au bain, et présente un véritable spasme psychique avec ou sans pâleur du visage et modifications du pouls, si l'on veut tenter une exploration; il se jette à terre, se roule, frappe des pieds, se tire les cheveux, crache avec force, lance autour de lui des regards sauvages, fait claquer sa langue, tremble de tout le corps; il réagit ainsi contre des pensées impures qui l'envahissent et dont on pourrait s'apercevoir. Sans se plaindre de son état, il tombe dans un affaiblissement intellectuel toujours plus profond, qui n'exclut cependant pas des améliorations relatives.

Assez souvent, la phthisie pulmonaire termine la maladie. (V. plus loin *Délire systématisé cérébro-spinal.*)

d. Chez *les syphilitiques*, une mélancolie hypochondriaque (syphilidophobie) termine parfois un état pathologique prolongé qui a passé pendant des mois par des alternatives de dépression et d'excitation. Cette excitation présente les caractères d'une manie dégénérative progressive, frappant l'intelligence et la volonté, avec tendance processive, grossièreté envers la fa-

mille, excès de boisson. Somatiquement, on ne trouve pas de signes de lésions cérébrales organiques profondes; il y a seulement de la congestion du visage et des douleurs de tête. La mélancolie finale elle-même présente des caractères particuliers : angoisse épouvantable, avec illusions illimitées dans le sens du délire; la raison et la logique sont conservées; aussi les malades peuvent-ils bien dissimuler, et en même temps qu'il diagnostiquent sur toutes les parties de leur corps des tumeurs syphilitiques, qu'ils sentent partout une odeur de putréfaction, qu'ils croient répandre eux-mêmes une odeur infecte, ils cachent habilement des impulsions suicides et homicides auxquelles ils peuvent enfin céder.

MELANCHOLIA ATTONITA.

Le début est celui d'une mélancolie ordinaire dont le développement ultérieur et l'apogée représentent le *status attonitus*, au point de vue somatique et psychique. La conscience est paralysée au plus haut degré ; elle est dominée complètement par le sentiment douloureux ; cependant les perceptions ne sont pas supprimées, mais au contraire prennent souvent une acuité surprenante. Le malade ne peut exprimer ce qu'il perçoit; immobile, stupide, il reste isolé dans son affliction infinie.

La mélancolie initiale peut être active ou passive, sans particularité spéciale, sauf un amaigrissement et une anémie qui deviennent considérables. Psychiquement, le malade reste insensible à tout ce qu'on peut lui dire, et son attitude est toujours plus inerte et plus affaissée.

Bientôt il reste muet ou chuchote quelques paroles, toujours les mêmes, qui font connaitre son délire douloureux; la plupart du temps ce sont des mots entrecoupés de larmes. Les nuits sont sans sommeil ; le plus souvent le malade, pendant la nuit, garde les attitudes les plus incommodes qui révèlent sa soif de souffrance et son désir obsédant de pénitence; quelquefois, pendant ce temps, il reste à demi assis, le menton pressé contre la poitrine, pour cacher son visage et sa honte. Cette paralysie croissante de la conscience, parallèle à l'arrêt musculaire résultant des idées mélancoliques, est, de temps à autre, perçu par les malades ; ils gémissent alors sur leur impuissance à se diriger; ils ne savent pas au juste où ils sont, ni quelles personnes les entourent. Malgré des rémissions qui ramènent le calme, la dépression intellectuelle augmente de plus en plus, comme la tension musculaire. Les malades, qui doivent depuis longtemps déjà garder le lit, conservent jour et nuit la même attitude; ils ne font presqu'aucun mouvement, tremblent ou frémissent; ils restent courbés, les bras fléchis et serrés, les mains en pronation; ou bien ils restent debout, dans une attitude pleine de

stupeur et d'angoisse, à l'endroit où ils se trouvent par hasard, ou bien à la place où on les a conduits. Ils sont indifférents à tout ce qui se passe, ou tout au plus jettent un regard d'angoisse sur leur entourage, et font des mouvements monotones des doigts.

De cette tranquillité et de cette résistance passive avec forte tension musculaire, le malade passe souvent dans des périodes variables d'excitation douloureuse et de plaintes désespérées ; il gémit, soupire, pousse des cris sourds et douloureux, exhale des plaintes incompréhensibles, piétine çà et là avec agitation, pousse de véritables mugissements, se conduit comme un furieux, est pris de désespoir aveugle et de rage destructive (raptus contre lui et les autres). Il refuse la nourriture, et l'emploi de la sonde est indispensable; il retient le plus possible l'urine et les matières fécales. Souvent il refuse ce qui lui est offert, et cherche à prendre ce qu'on lui retire. Les mouvements des mains sont mal assurés, maladroits, n'atteignant pas le but, par suite de la tension musculaire et de l'arrêt psychique. La rigidité atteint surtout les fléchisseurs des bras et des jambes, ainsi que les muscles du visage, qui gardent souvent, avec une dureté ligneuse, l'expression fixe de la culpabilité et du désespoir. Cette raideur est dificile à vaincre ; elle reparaît d'ailleurs bientôt, et le malade réagit douloureusement contre ces manœuvres ; il résiste surtout avec énergie lorsqu'on cherche à redresser sa tête, qu'il garde fléchie.

La sensibilité est conservée, et se manifeste, quand on la recherche, par le plissement du front, les mouvements des paupières ou les larmes. Si l'on adresse au malade des paroles de compassion ou d'encouragement, il reste muet ou ne répond que par des pleurs. Parfois il se plaint en soupirant de ses mauvaises pensées, de sa faute et de la punition qui le menace.

Le pouls, dans le cours de la maladie, est petit, dur (artères contractées) et la température est inférieure à la normale. La nutrition tombe, même si l'on alimente régulièrement le malade; la peau devient sèche et écailleuse; chez les femmes, il y a suppression des règles.

D'ordinaire, après une durée de plusieurs semaines ou de plusieurs mois (dans les cas moins favorables, de plus d'une année), le malade devient un peu plus abordable. La raideur musculaire disparaît. Dans la nuit, la tête repose de nouveau sur l'oreiller. Petit à petit le malade s'alimente; de même il commence à se redresser, à ouvrir les yeux; sa physionomie contractée prend une expression plus naturelle. Le poids du corps augmente, et l'embonpoint reparaît; la température devient peu à peu normale, le pouls plus fort. Bientôt le malade cherche timidement à converser avec les personnes

qui l'approchent ; mais l'état d'oppression et de crainte persiste longtemps encore, ainsi que l'impuissance motrice. La tension musculaire cesse d'entraver les mouvements ; la nuque soutient de nouveau la tête. Ainsi se fait la guérison (parfois, chez les femmes, les règles reparaissent alors) sans autre phase intermédiaire qu'un état de bien-être un peu plus marqué au début, et un sentiment de satisfaction.

Le malade garde le souvenir des phases de stupeur ; on reste surpris d'apprendre quelles angoisses et quelles hallucinations il a subies, tout en étant capable de percevoir les moindres faits, interprétés tantôt sainement, tantôt d'une manière délirante. Il explique alors que sa douleur, sa dépression étaient infinies, et que surtout ses muscles lui paraissaient des chaînes.

Dans les cas défavorables, le *status attonitus* persiste pendant des mois et des années (il faut remarquer que, même après une durée de plus d'une année, on peut obtenir la guérision). La tension musculaire tétaniforme finit par devenir de la parésie ; la figure devient flasque, et perd, en même temps que la raideur disparaît, toute expression intelligente. Le pouls, plein pendant la maladie, devient monocrote, et les extrémités se cyanosent. Le malade peut continuer à vivre dans cet état de démence, et la nutrition se relève alors, l'alimentation devenant plus abondante ; ou bien cet état tend à se terminer, d'une manière fatale, par le marasme, par les affections pulmonaires intercurrentes (principalement pneumonie, œdème pulmonaire, et surtout phthisie rapide). Nous avons parlé aussi du suicide, qui est possible daus la mélancolie avec stupeur.

MANIE. — GÉNÉRALITÉS.

Bibliographie. — Jacobi, *Des formes principales des maladies mentales.* — Meynert, *Œsterr. Gesellschaft f. pract. Heilkunde,* 1871 et *Anzeiger d. Gesellsch. d. Ærzte in Wien,* 1875. — **Manie** : Mendel, *Monogr.,* 1881 (*bibl.*). — Tiling, *Petersb., Med. Woch.*. 1881. — **Mania gravis** : Loewenhardt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 25. — Zenker, *id.*, 33. — Stoelzel, *Irrenfreund*, 77. — Lagardelle, *J. de méd.* de Bord., 1880. — **Mania recurrens** : Witkowski, *Berl. klin. Woch.*, 1881.

D'une façon *générale*, on désigne sous le nom de *manie* un trouble de toutes les fonctions psychiques, exagérant leur activité, et consistant en une accélération pathologique de la marche des idées, en un brusque passage de la conception à l'action, en une modification morale qui se traduit par une satisfaction ou une irritation excessive, en tous cas par une mobilité extrême. *Extérieurement*, cet état est caractérisé par une agitation d'intensité très variable, par une activité pathologique pouvant aller jusqu'à un véritable déchaînement moteur ; la parole est abondante et précipitée ; la physionomie change brusquement ; le maniaque gesticule sans raison et cède à des mouvements impulsifs. Dans les cas légers, l'association des idées peut être encore logique ; dans les cas graves, elle est remplacée par une fuite intarissable des idées, qui se pressent en désordre. De même les mouvements peuvent rester précis et coordonnés, ou bien deviennent une gesticulation incohérente. *Au fond*, on trouve une excitation intellectuelle d'intensité variable, une exagération de tous les phénomènes psychiques : les idées se suivent plus facilement, les déterminations sont rapides, le sentiment de la personnalité est exagéré ; au degré le plus élevé, c'est un chaos absolu ; des dispositions contradictoires d'humeur se succèdent tout à coup ; les appétits se précipitent en désordre et suppriment la volonté. L'humeur est tantôt expansive, mais excessivement variable ; tantôt on observe de l'irritabilité et de la colère, ou un état indécis, qui passe de la satisfaction extravagante à l'indifférence complète, et inversement. Dans les cas légers, la conscience reste intacte ; quand les actes psychiques se succèdent avec rapidité, elle s'obscurcit rapidement, mais non d'une façon constante, et l'obnubilation n'est jamais complète ; c'est, si l'on veut, une conscience intermittente. La mémoire et la perception sont exaltées, tant que le tourbillonnement des idées ne vient pas rendre impossibles l'attention et la perception ; dans ce dernier cas, il peut se produire des erreurs des sens (illusions et hallucinations), en même temps que l'action modératrice

des hémisphères cérébraux est supprimée. Mais ces erreurs des sens ne sont qu'un symptôme accessoire, et non l'élément essentiel de l'affection ; elles ne dirigent pas le délire (ce qui distingue la manie du délire systématisé aigu). La manie est aiguë, subaiguë, chronique ou périodique (circulaire). La marche typique est continue ou rémittente ; elle s'accompagne de symptômes vaso-moteurs et trophiques ; les formes aiguë et subaiguë se terminent par la guérison ou l'affaiblissement psychique ; quelquefois, ces maniaques meurent par épuisement. Dans les formes chroniques, la guérison est plus rare, ou, quand il y a rétablissement relatif, c'est une guérison incomplète.

Analyse des symptômes. — Troubles de la motilité. — *Symptôme principal.* — Tous les maniaques présentent un grand désordre de la motilité ; les désirs de mouvements et les mouvements eux-mêmes (gestes, mimique, ou simples contractions musculaires) sont augmentés pathologiquement.

S'il ne s'agit que d'un besoin exagéré d'agir (I), le maniaque fait des plans de toutes sortes, veut sans cesse changer de place, bouleverse son ancienne existence, veut accroître ce qu'il possède (désir d'acheter) ; il est dans une agitation incessante ; il commence et n'achève pas ; il passe d'une chose à une autre ; il peut tout et veut tout ; il n'est jamais lassé. Il en résulte un sentiment de satisfaction, un besoin de créer, d'où résultent de nouvelles associations d'idées et de nouveaux efforts. Dans la sphère intellectuelle, on constate une marche plus facile des idées et un jugement rapide, mais imparfait. Quand l'excitation cérébrale pathologique ne dépasse pas ce degré, le malade paraît se comporter normalement ; il reste lui-même pendant un certain temps ; seulement le sentiment de son activité est exagéré, et il prouve ce nouvel état par l'augmentation de son énergie ; l'impulsion pathologique se traduit par une excitation infatigable et sans but. Son désir à peine satisfait, le malade se consume dans une nouvelle convoitise. Chez les femmes, l'impulsion maniaque, à ce degré, se manifeste très souvent par une coquetterie excessive, par des affectations de grâce juvénile et de parure, par un besoin subit de s'occuper d'une foule de sujets artistiques ; elles montrent une grande fertilité d'invention, surtout dans le dessin, la peinture, et dans l'art de disposer des fleurs ou des bibelots. Chez les hommes, c'est une fureur d'inventer et de préparer de nouveaux plaisirs, de se livrer à des jeux d'esprit de toutes sortes, de rechercher des réunions où ils récitent des pièces de vers, de former des plans d'amélioration pour toutes choses, etc. ; de jour en jour, ils modifient et perfectionnent leurs créations antérieures. Au début de la maladie, on constate surtout une recherche des plaisirs excitants, un penchant aux excès surtout bachiques et vénériens.

Ce que nous venons de décrire est un état d'excitation psycho motrice, une exagération de toute la personnalité : c'est une manie qui atteint l'intelligence et la volonté, mais qui ne fait pas sortir le malade des habitudes sociales.

Dans d'autres formes (II), les troubles du mouvement sont l'élément prédominant. Les mouvements sont encore motivés, mais ils deviennent surabondants et résultent surtout du besoin de s'agiter. Considérés en détail, ils paraissent être des actes voulus; mais leur apparition incessante, leur succession ininterrompue et incoordonnée montrent qu'ils ne sont pas intentionnels, mais qu'ils sont un effet direct de l'excitation des régions cérébrales psycho-motrices. Le malade chante, pousse des cris de joie, siffle, commence un récit; il bondit, il sautille, se dresse et se fléchit, prend toutes les attitudes, et se livre à une gymnastique désordonnée; tous ces mouvements ont une précision extraordinaire; la diversité des actes mimiques est inépuisable. La conduite du malade est sans but; elle varie toutes les secondes; il semble que toutes les combinaisons psycho-motrices soient mises en jeu à la fois.

Ce schéma de la maladie peut présenter un caractère encore moins raisonné, et les malades se livrent alors à une série de mouvements isolés et sans transition. Jusqu'à présent c'étaient des gestes ayant une signification; maintenant c'est une simple combinaison de mouvements musculaires, sans caractère expressif : le tronc, les membres, sont secoués; le malade frappe les mains l'une contre l'autre, fait claquer sa langue, incline la tête à droite et à gauche, s'accroupit et se redresse; c'est une série de mouvements répétés d'une manière automatique pendant des heures, sans aucune expression, sans aucun caractère d'intelligence ou mieux de mimique; ils sont dus simplement à l'action combinée ou plutôt simultanée de différents groupes musculaires.

Au premier coup d'œil, on reconnaît la signature de la manie dans cette surabondance de combinaisons de mouvements, dont la valeur psychique est plus ou moins faible; ce qui frappe, c'est cette variété d'actes qui semblent plus ou moins voulus, qui se développent spontanément et se succèdent sans motif et sans but. Un autre caractère de ces actes (dans la classe II) c'est qu'ils paraissent libres, et qu'ils ne sont cependant pas intentionnels, mais involontaires; ils se montrent aussi avec ce caractère dans certains mouvements passionnels du malade, par exemple dans la colère; ils manquent de précision, se succèdent avec précipitation, se combinent mal, souvent se contredisent et par suite manquent fréquemment leur but.

Dans un troisième groupe d'accès maniaques, *ce caractère réflexe* des mouvements est encore plus net (III). Jusqu'ici, c'était l'exécution brusque d'un acte appris, maintenant ce sont des « convulsions

psycho-motrices ». Ces convulsions se produisent la plupart du temps comme une rage aveugle de destruction, qui grandit comme une avalanche, qui se déchaîne avec fureur, et fatalement; elles ressemblent aux secousses tétaniques dont les membres sont agités quand la moelle est intoxiquée par la strychnine. Il n'existe qu'une vague idée du but, encore n'est-elle pas préconçue, mais n'est-elle qu'un phénomène subjectif concomitant, une perception vague des impulsions infiniment nombreuse et de la sensibilité musculaire exagérée. La colère furieuse qui se manifeste dans ces accès n'est pas intentionnelle, mais d'origine musculaire ; la convulsion motrice et sa conception sont l'effet d'une excitation cérébrale organique. Pour cette raison, ces accès ne peuvent être terminés ni par un arrêt psychique direct, ni par un arrêt mécanique extérieur; l'apaisement progressif de l'excitation cérébrale peut seul amener la détente de cette convulsion psychomotrice, qui se présente par accès, comme les convulsions spinales ; souvent, il est vrai, elle dure des jours et des semaines (*furor*, *mania gravis*).

Enfin, dans un quatrième groupe de manies (IV), les manifestations motrices manquent de coordination et ne sont pas psychiquement combinées; ce sont des actes isolés, qui ne sont pas seulement sans but, mais qui, considérés comme *mouvements d'ensemble, sont incomplets ou défectueux*. Les actes moteurs consistent alors en mouvements brusques et saccadés des membres; les mouvements mimiques de la figure ne sont plus que des contractions grimaçantes. Cette forme appartient aux manies les plus graves. Il se produit, en même temps ou consécutivement, des contractions toniques passagères et isolées et des secousses cloniques; plus tard, des insuffisances de certains groupes musculaires et des parésies.

De tels symptômes moteurs montrent que nous sommes presque arrivés aux affections cérébrales manifestes, avec inflammation aiguë.

Troubles du moral. — L'humeur est expansive et très variable ; ou bien on observe de l'irritabilité et de la colère, et alors l'humeur est moins changeante. Ces deux modalités correspondent, *l'une* au groupe des manies typiques pures, *l'autre* aux états de fureur (dans la mélancolie ou le délire systématisé). L'expansion de la forme typique dépend du sentiment primitif de satisfaction (activité augmentée) et du sentiment secondaire de satisfaction qui résulte de la marche plus facile des idées. Cette forme s'accompagne d'une sensibilité pathologique très grande; l'obstacle le plus léger, la moindre contradiction, sont douloureusement ressentis; un mot de désapprobation amène une révolte immédiate, une réponse incohérente et agressive. Les sentiments altruistes sont ordinairement augmen-

tés; le malade rêve le bonheur universel. Cette disposition ne dure pas; aux manifestations de joie se mêlent des tristesses non motivées; la gaieté est brusquement interrompue par des accès de larmes; les sympathies et les antipathies s'entremêlent de la même manière. A côté des sentiments les plus nobles se manifestent des sentiments étroits et bas; une conduite décente et réservée est tout à coup remplacée par une légèreté excessive. « Tout s'observe dans la manie. » La confusion devient de plus en plus grande à mesure que la maladie se développe; la succession des symptômes est de moins en moins réglée, et les transformations toujours plus brusques. Des pleurs suivent la gaieté la plus folle; les cris de joie, le fou rire et les lamentations s'entremêlent; les manières les plus gracieuses sont remplacées par la brutalité. Toutes les passions se succèdent en quelques minutes, Le malade passe d'un extrême à l'autre: rien n'est durable, sinon cette transformation perpétuelle.

Dans les états de fureur, l'humeur des malades est très différente: ou bien l'état d'excitation et de colère persiste, ou bien l'humeur est plus changeante; elle est l'effet d'une passion persistante (motif douloureux) ou la suite directe d'état différents de la conscience qui rendent le malade tantôt sociable et bienveillant, tantôt insociable et hostile.

L'état moral, dans la forme maniaque typique, est une manifestation psychique directe, elle dépend de l'augmentation de l'activité intellectuelle; tandis que dans la deuxième forme, l'état moral est réactionnel, il est provoqué par des états psychiques particuliers. Cependant ces deux modes peuvent alterner et se remplacer dans le même cas pathologique.

Les « hyperesthésies maniaques du sens génital » produisent une disposition cynique, une conduite indécente et impudique. Les malades se découvrent, poursuivent les autres aliénés, s'attaquent à eux brutalement pour satisfaire leurs désirs lubriques; les femmes se coiffent toute la journée, crachent abondamment et s'enduisent de toutes sortes d'ordures.

Dans les états d'excitation cérébrale les plus intenses de la manie grave, l'humeur peut rester excitée et agressive, comme dans la fureur; mais souvent aussi elle est variable et passe rapidement d'un sentiment de tristesse à l'indifférence, ou à une satisfaction infinie. Parfois ces diverses nuances se succèdent; souvent elles sont simultanées, et le malade passe, sans arrêt possible, des larmes et de la douleur à une gaieté enivrante, ou à une profonde apathie.

Quand l'excitation cérébrale est profonde, il faut remarquer que le besoin pathologique de mouvement peut se conserver *en dehors* de l'état moral, qui en est indépendant; certains malades déchirent, détruisent d'une façon

impulsive, tout en étant bienveillants et inoffensifs ; ils ne savent pas pourquoi ils agissent ainsi.

Comment expliquer *ce sentiment de plaisir* du maniaque ? Ses fanfaronnades, sa jactance prouvent une certaine satisfaction, qui ne se comprend que par l'absence de toute réflexion. D'autre part, ce sentiment de bien-être doit-il être considéré comme une joie réelle, comme un état absolument contraire à la douleur du mélancolique ? Tel n'est pas notre avis. La marche rapide des processus psychiques, les entre-croisements involontaires et multiples des impressions extérieures et intérieures empêchent une perception nettement consciente et durable. Combien est réelle et épouvantable la douleur de la mélancolie qui remplit toute la conscience et pèse à la fois sur le passé et sur l'avenir ! Dans la manie, la joie n'est pas primitive, et ne persiste pas comme note dominante ; elle est bien plutôt toujours renouvelée ; elle dépend de l'activité intellectuelle augmentée, comme nous l'avons dit plus haut ; elle peut être assez nette pendant un moment, elle est pourtant vague, indéterminée et fugitive. Aussi observe-t-on, après une accélération de la marche des idées, un sentiment de fatigue et de dépression ; c'est une preuve que ces dispositions expansives n'existaient pas par elles-mêmes, mais qu'elles étaient le reflet de l'excitation fonctionnelle du cerveau antérieur. Très souvent, dans ces périodes de calme, se produit un léger état de dépression ; cette dépression passe inaperçue, ou mieux reste inconsciente pendant les phases d'excitation, parce que les réflexes moteurs suivaient immédiatement le besoin de mouvement. On a donc raison de dire qu'il existe une « dépression maniaque » qui représente l'humeur prédominante dans les manies franches et récentes. Dans les stades chroniques et aggravés par l'extension plus grande de l'irritation cérébrale, le trouble de la conscience devient extrême, et les dispositions morales sont vagues. Il apparaît en même temps un sentiment de plaisir *réel*, mais d'une intensité *pathologique ;* il résulte de l'accomplissement de l'acte moteur, et il se manifeste passagèrement par des idées de richesses, de force, et par une exagération de la personnalité.

Dans certains cas, et à certaines périodes de la manie, on voit se produire des troubles des sentiments *affectifs*, les uns durables et caractéristiques de certaines phases (manie circulaire), les autres passagers (moria).

Ces traits de « moral insanity » maniaque ont un caractère plus ou moins inoffensif (le malade est moqueur, méchant, taquin) ; ou bien c'est une méchanceté habituelle, et le maniaque prend plaisir à faire le mal, à tourmenter ceux qui l'entourent) ; ou enfin c'est un cynisme révoltant, et souvent accompagné de mensonges et de disputes. Le mécanisme psychologique ne s'explique pas par l'imperfection des sentiments altruistes (distinction avec la folie morale proprement dite), mais : 1° par une résistance moindre aux impulsions pathologiques (surtout à celles qui proviennent de l'hyperesthésie sexuelle) ; 2° par l'amoindrissement de la force modératrice de l'organe cérébral, ou par son exagération accompagnée d'une excitabilité excessive ; 3° par la reproduction infidèle et inconsciente d'ailleurs, de

certaines idées, qui se présentent modifiées et sous forme d'illusions; de sorte que les malades sont *obligés* de mentir, et cela de la meilleure foi du monde.

Troubles de l'intelligence. — Il existe une excitation intellectuelle générale. Le premier signe, et le plus fréquent dans beaucoup d'états maniaques, est une surabondance d'idées, immédiatement traduites en paroles (verbiage profus). Le malade rappelle et expose ses anciens souvenirs avec une facilité extraordinaire; tout ce que lui ont appris son expérience et ses études, est présent à sa mémoire et promptement exprimé; les langues étrangères, qu'il ne parlait, en état de santé, qu'avec hésitation, par suite de l'attention et de l'effort, sont maintenant parlées d'une façon naturelle et sans embarras. Chaque mot, chaque perception évoque toutes les significations possibles et toutes les associations collatérales; le malade s'exprime avec précision, amuse par ses réminiscences nombreuses, devient un causeur spirituel et infatigable. Au début, le moi peut encore contenir à peu près cette poussée d'idées et de paroles; déjà cependant, de temps à autre, une réflexion échappe au malade, que la sagesse aurait dû lui faire garder pour lui. Il en est de même pour les écrits, qui sont d'une longueur démesurée, parce que le malade est impuissant à se résumer; les lettres sont plus grosses et plus grandes que de coutume; le papier en est complètement couvert, parce qu'il se produit sans cesse de nouvelles idées; ce papier est souvent taché sans que le malade le remarque, dans sa hâte d'écrire.

Chez d'autres malades, ou dans un état plus avancé de la maladie, les idées se pressent plus nombreuses et plus précipitées; de sorte que, à peine produites, elles sont abandonnées. Le malade parle sans s'arrêter, pérore avec extravagance; entre temps, il chante, il pousse des cris de joie et des éclats de rire. Enfin ce ne sont plus que des mots qui se succèdent (vociférations).

Si l'on analyse le contenu et la marche de ce « délire verbal », on remarque, dans les stades maniaques initiaux, que ce délire n'est nullement confus, mais que, au contraire, les idées et leur association sont logiques au fond. On constate assez souvent une tendance érotique ou irritable; certains souvenirs et certains groupes d'idées basées sur des perceptions fausses ou des souvenirs désagréables reviennent constamment. Parfois aussi se produisent des hallucinations de même ordre, ce sont plutôt des pseudo-hallucinations, amenées par une succession extraordinairement rapide de mots et de pensées. Les illusions, portant sur tous les sens, sont très nombreuses.

Cette coordination dans la *fuite d'idées* (nom que nous donnons à

la «logorrhée maniaque») consiste dans une succession d'idées qui ne sont pas amenées primitivement par l'état expansif, mais qui se produisent par suite des associations logiques des pensées et des mots : une idée entraîne toutes les associations possibles, par suite de l'activité désordonnée de la mémoire; si un mot nouveau, si une nouvelle idée se présente, c'est une voie nouvelle que le malade parcourt; au début, une certaine logique est encore conservée, mais avec la disparition de bien des idées intermédiaires. Parfois, à côté de ce chaos d'idées qui se précipitent, on est frappé de voir que le malade a conservé une notion nette et claire de l'entourage.

Pour ces associations, le degré d'éducation du malade, son humeur présente, et surtout la fatigue intellectuelle, jouent un rôle très important. Les mots nouveaux et les réminiscenses en appellent d'autres, d'une façon *particulière à chaque individu*, et d'une manière variable suivant la disposition nerveuse du malade; quand la fuite d'idées est modérée, le maniaque place une foule de jeux de mots et de jugements caustiques dans la conversation; mais il ne suit pas le développement de ses idées. Il procède par bonds, et l'auditeur doit combler la lacune. Assez fréquemment le fil se brise ; mais souvent aussi le malade le renoue et le suit désormais avec précision.

On sait d'une façon sûre que les associations en général sont d'autant plus logiques que le cerveau est plus valide.

En même temps que les liens logiques s'affaiblissent, les idées du maniaque se relient de plus en plus, et enfin exclusivement, d'après leur *forme extérieure*, c'est-à-dire d'après la ressemblance de son, *d'après l'assonance*. Jusqu'à un certain degré, on trouve déjà cette relation par assonance dans les mots que choisit le malade, même quand les idées sont encore logiquement unies. Ainsi se produisent les « poèmes » des nombreux maniaques qui obéissent simplement au besoin impérieux de rimer, sans souci du sens. Le son est tout, le sens n'importe pas ; les mots coulent l'un après l'autre, suivant la façon dont ils sonnent (main, train, pain, etc.). D'autres fois, c'est l'obsession des antithèses dans les termes (« crucifix d'or, auge d'argent ; gosier de juif, estomac de bœuf »). Puis ce sont les assonances des syllabes qui sont recherchées ; enfin, au degré le plus bas, viennent des sons inarticulés, (sifflements, grognements, cris d'animaux).

Si l'on comprend que ces modifications du délire maniaque correspondent à différents degrés d'intensité de la manie, ou, si l'on veut, à l'extension de la lésion cérébrale, on voit quelle est la grande signification diagnostique de la transformation du langage.

Une autre modification de cette fuite d'idées, associées logiquement au début, se produit dans certaines manies devenues chroni-

ques. Ici, souvent les idées du stade initial peuvent persister, avec excitation, colère et illusions. Le malade conserve pendant des mois la même attitude hostile et querelleuse envers son entourage, ou bien il continue son bavardage habituel ; mais dans ce bavardage profus, on ne trouve plus aucun lien logique. Les réminiscences, les illusions, les perceptions incomplètes, les réactions contre les illusions des sens, se mêlent et produisent un véritable chaos. Dans le début de la convalescence, l'écheveau se débrouille comme s'il s'était emmêlé, certaines parties de la conscience s'éclairent ; quelques sentiments affectifs reparaissent, mais, pendant bien des jours encore, avec un état persistant de fureur violente ; puis ils deviennent plus nets. Peu à peu les erreurs des sens se corrigent, ainsi que les perceptions fausses ; et enfin le moi ancien reparaît.

Assez souvent le sentiment exagéré de la personnalité produit des idées de « grandeur ». Le malade est roi, il se nomme Bismarck, de Moltke, etc. Il prend l'attitude d'un chanteur ou d'un acteur célèbre, récite des rôles, chante des airs d'opéra ; le moment d'après, il est changé ; il se moque, en riant, de lui-même et du délire ambitieux qu'il vient de montrer. Il oublie sa grandeur pour exécuter une gambade subite ou boire un verre de vin. Toutes ces conceptions fugitives brillent et disparaissent comme des bulles de savon ; rien n'est durable, que leur perpétuel changement.

C'est ce qui distingue surtout ce délire ambitieux maniaque des stades d'excitation de la *paralysie générale*, ou du délire systématisé exalté. Le malade ne s'attache pas à son humeur du moment ; il s'y livre tout en se défendant contre elle ; il sent même que cela n'est pas sérieux. Assez souvent, un mot prononcé avec autorité par le médecin, ou même une courte réflexion du malade, suffit à dissiper ces idées. Il ne se forme pas réellement un moi nouveau ambitieux ; comme les actes moteurs, comme l'humeur variable des malades, ces idées de grandeur ne sont que des jeux de la pensée, fugitifs et sans profondeur, qui se produisent et disparaissent quand la disposition d'esprit est changée. Dans les états de moria elles sont plus durables, mais au fond elles ne sont pas sérieuses.

Altération des fonctions sensorielles, sensibles, motrices et trophiques. — Il existe en général de l'hyperesthésie des sens : toutes les sensations sont ressenties d'une manière plus intense et même douloureuse. Le bruit, la lumière augmentent l'agitation ; la douleur que produit un furoncle peut interrompre la convalescence en déterminant un nouvel accès plus violent. Les sensations spéciales, surtout celles qui proviennent des organes génitaux, sont plus impérieuses. Si la surabondance des idées et le trouble extrême de la conscience (manie grave) empêchent toute perception, le malade peut présenter de l'anesthésie sensorielle ; il ne sent plus les coupures ni les blessures, les odeurs ni les goûts répugnants. Le

besoin qu'éprouvent bien des malades de se débarrasser de leurs vêtements repose peut-être sur une sensation de chaleur interne.

Nous avons déjà parlé, dans la manie pure, de la rareté des hallucinations vraies. Il est intéressant de remarquer que certaines manies périodiques et rémittentes débutent par de semblables erreurs des sens. Dans les cas de longue durée, les hallucinations sont plus fréquentes, comme aussi dans les phases délirantes de la manie grave.

Parmi les troubles de la sensibilité, il faut surtout noter l'absence du sentiment de fatigue musculaire, qui explique la persistance exagérée des actes moteurs. La motilité ne présente aucune altération dans les cas douteux et près du début, quand l'excitation cérébrale n'est pas très profonde. La puissance musculaire paraît accrue, et très différente de la force musculaire antérieure. Des malades d'apparence chétive sont capables d'efforts extraordinaires.

Dans les manies par excitation cérébrale (manie grave), des troubles de la motilité se produisent ; ainsi des inégalités pupillaires, une paresse de l'iris ; des frémissements, des contractions du visage, des troubles de la mimique ; des phénomènes convulsifs et ataxiques des extrémités.

Les courbes sphygmographiques donnent des tracées polymorphes; dans la fureur mélancolique, la courbe sphygmographique est surtout tricrote ; dans les manies vraies (expansives) les courbes sont plutôt dicrotes; dans la manie grave, le pouls est monocrote et ralenti.

La température ne présente, dans la manie simple, sans complications, sans irritation cérébrale, aucune anomalie particulière. Des élévations de température peu importantes (38° et un peu plus), doivent être rapportées à l'exagération du travail musculaire; de nombreuses causes accidentelles peuvent aussi intervenir; ainsi il se produit un refroidissement quand la température extérieure s'abaisse, et la rétention des matières fécales peut s'accompagner d'une élévation de la température. En l'absence de ces causes, une élévation de température plus considérable est toujours le signe fâcheux d'une affection cérébrale plus profonde et qui dépasse la limite de la manie pure. Ainsi on trouve des chiffres plus élevés que la umorale dans les stades d'excitation aiguë de la manie grave; plus tard la température peut descendre d'une façon très anormale (jusqu'à 26°,5). (Pour la température dans le délire aigu maniaque, voir ce chapitre.) Très souvent, dans tous les états maniaques, la température locale est augmentée, parfois d'un côté seulement. Après la disparition des congestions céphaliques, on remarque de la pâleur et du boursouflement du visage, phénomènes qui d'ordinaire s'effacent rapidement.

La qualité et la fréquence du *pouls* sont encore plus variables ; il est tantôt petit, tantôt plus fort ; souvent, fort dans la carotide et petit dans la radiale ; tantôt remarquablement rare (par exemple dans les stades de déclin), tantôt très fréquent ; souvent intermittent, fréquemment dépressible ; d'autres fois, au contraire, dur et tendu, de façon à donner la sensation d'une corde (dans les cas d'irritation cérébrale évidente).

Le poids du corps, en règle générale, subit pendant le paroxysme maniaque une diminution plus ou moins considérable (sauf dans la manie circu-

laire; voir ce chapitre), pour remonter quand la convalescence commence. Certaines conditions individuelles exercent des influences multiples (alimentation, insomnie, etc...). Pourtant la nutrition peut devenir meilleure avant que la convalescence soit commencée.

Dans toutes les manies on rencontre des troubles *trophiques*. Dans les formes aiguës de la manie expansive, particulièrement dans les paroxysmes de la folie circulaire, on observe en général une turgescence assez forte de la peau, qui est molle et humide; cette turgescence donne au malade une apparence plus fraîche; le visage devient aussi plus pur, plus lisse, plus jeune. Les cheveux croissent souvent plus rapidement et deviennent plus pigmentés qu'autrefois. — Dans les manies graves, surtout dans les manies idiopathiques, la peau est, au contraire, flasque, plissée, sèche; l'épiderme se desquame souvent par plaques; souvent aussi on constate une éruption généralisée de furoncles, des pétéchies et des eschares. La *digestion* est ordinairement troublée; les anomalies de l'appétit (diminution, augmentation) sont fréquentes; la défécation est normale. Dans la manie grave, des diarrhées souvent rebelles se produisent. Dans les mánies circulaires, l'appétit est accru, et la capacité digestive plus grande.

Le *sommeil* est troublé dans tous les états maniaques, souvent pendant des semaines et des mois; il n'est pas rare que le maniaque soit tourmenté pendant la nuit par des rêves pénibles; sous ce rapport, la manie circulaire fait très souvent exception, mais non toujours; ces malades croient n'avoir jamais dormi si bien ni si profondément que pendant leur accès maniaque.

L'état de la *menstruation* est très variable; les règles sont conservées, supprimées ou irrégulières. Même quand il y a suppression, on observe, d'ordinaire, aux époques menstruelles, une aggravation des symptômes. C'est souvent après que la menstruation est redevenue régulière que la convalescence s'établit définitivement; d'autres fois, pourtant, la guérison est obtenue avant la réapparition des règles.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement somatique. — La première indication est, comme dans la mélancolie, le repos pour le cerveau facile à exciter et à épuiser; elle est remplie de la façon suivante : A éviter les conversations, faciliter le sommeil; B, combattre les congestions céphaliques directes et indirectes; C, relever la nutrition.

A et B comprennent toutes les mesures qui ont déjà été indiquées pour le traitement de la mélancolie; avant tout, l'isolement et au besoin, le repos au lit; la néccéssité d'un isolement plus ou moins complet est indiquée par l'intensité de l'excitation cérébrale et psychique; plus l'excitation est grande, plus l'isolement doit être rigoureux. Dans les cas légers, il suffit de limiter les rapports du malade avec l'extérieur, de lui donner un entourage intelligent, de régler soigneusement l'emploi de la journée, de faire suivre ponctuel-

lement le régime prescrit, d'éviter tout motif d'excitation. Dans les cas graves, il faut ordonner le séjour à la chambre, et parfois la chambre doit être appropriée à cet usage. Dans la grande majorité des cas, il n'est pas possible de soigner le malade ailleurs qu'à l'asile. Les cas les plus légers peuvent être traités parfois hors de l'asile, dans un bon hôpital où l'on peut obtenir une installation suffisante, avoir une règle administrative, un personnel convenable, et la présence d'un médecin (poser des grilles aux fenêtres, garnir les murs, mobilier simple et solide). Parmi les moyens sédatifs se rangent les *bains*, tièdes et prolongés, ou bien froids et de courte durée.

Les bains prolongés doivent durer de deux à quatre heures, plus longtemps même dans certaines circonstances, avec application de glace sur la tête. Les bains froids ont une température de 20° C., 17° et 15° et une durée de huit à dix minutes, avec application de glace ; ils seront donnés sous la surveillance du médecin ; pendant et après le bain, un peu de vin ; puis frictions et repos au lit. On doit éviter les douches de tête. Les bains tièdes conviennent surtout à l'exitation cérébrale aiguë, c'est-à-dire aux états de congestion active. J'ai vu les bains froids, au contraire, être très utiles dans les formes prolongées, pour obtenir une réaction psychique. Pour ces derniers bains, on doit examiner très prudemment l'état physique; un grand affaiblissement, des lésions pulmonaires et cardiaques sont des contre-indications. *Pour l'isolement*, la plus grande surveillance doit être prescrite, de façon à éviter que le malade, livré à lui-même et à ses impulsions motrices, se livre à toutes sortes d'actes fâcheux, et qu'il déchire, qu'il s'enduise de matières fécales ou qu'il en mange. On peut éviter certains actes maniaques en déplaçant le malade temporairement, pour le faire passer de sa chambre dans une cour spacieuse. Chez les déchireurs incorrigibles, il faut avoir des habits et des objets de literie spéciaux, et veiller attentivement aux soins de propreté.

Si des congestions céphaliques plus intenses rendent nécessaire un traitement particulier, il sera dirigé d'après les règles de la médecine interne, et avec l'observation la plus attentive de l'état des forces du malade. Jamais de saignées; des applications de glace, et de temps en temps une ou deux sangsues derrière les oreilles. suffisent ; au besoin, révulsifs aux membres inférieurs. Les enveloppements dans le drap mouillé, suivant la méthode de Priessnitz, sont d'un utile secours dans beaucoup de cas ; en même temps applications de glace sur la tête, et ensuite lotions froides avec frictions, répétées chaque jour. Comme médicaments, on pourra donner de la *digitale*, et, dans les congestions intenses, surtout dans les cas de manie grave, de l'*ergotine*. Pour amener le sommeil, on se servira de *paraldéhyde*, et, temporairement, de *chloral;* bière ; bains le soir ; un bain froid amène souvent le calme et le sommeil ; le *bromure de*

potassium et les *opiacés* sont aussi à utiliser; pourtant ils viennent après les autres, au point de vue de la rapidité de l'hypnose.

Parfois ces derniers sont *spécialement* indiqués, et prennent la première place; ainsi dans certains accès maniaques : 1° Quand un élément sexuel existe, soit comme idée délirante, soit comme impulsion perverse à la masturbation; ici le bromure de potassium est indiqué. 2° Quand un sentiment passionnel se trouve au fond de l'état maniaque; soit un souvenir pénible, soit un chagrin ancien, ou une excitation et une incohérence persistantes; à ceci correspondent les états d'excitation mélancoliques et la fureur dans ses différentes formes cliniques; les opiacés sont alors les agents thérapeutiques les plus précieux, (ils sont donnés par la bouche, par l'anus, ou en injections); il faut les administrer non d'une manière passagère, mais *méthodiquement*, comme dans la mélancolie.

Dans certaines manies avec prédominance d'impulsions motrices et troubles profonds de la conscience (forme de la manie grave), *l'hyoscyamine* est un sédatif puissant; on peut souvent ainsi suspendre et couper, pendant des heures et des jours, des paroxysmes violents de fureur. Le trouble de la conscience persiste; les malades ne sont pas rendus plus lucides, au milieu de leur confusion motrice, mais ils sont plus calmes et peuvent être soumis à un traitement méthodique. Dans certains cas, les sensations sont appréciées nettement, après que le repos moteur est obtenu; mais le plus souvent l'effet obtenu est passager, et il faut répéter la médication, en augmentant la dose.

Il faut être particulièrement prudent dans l'emploi de cet alcaloïde actif, et dont la composition est variable. Dans les congestions céphaliques actives, dans les affections cardiaques et pulmonaires, dans les cas d'affaissement général, il ne faut pas y avoir recours. L'emploi en est rendu d'autant plus délicat, qu'il faut donner de suite des doses moyennes, et même un peu fortes, et non de petites doses fragmentées, si l'on veut obtenir un effet. Un engourdissement, une démarche ataxique, de l'enrouement, une constriction pharyngée violente, sont, avec une dilatation souvent tenace des pupilles, les symptômes ordinaires. De plus, on constate de l'affaiblissement du pouls, du ralentissement de la respiration, et une coloration livide de la face. Chez les femmes, on débute par des doses ne dépassant pas 5 milligrammes et on monte jusqu'à 0,008 et 0,010, quelquefois même un peu plus haut. Chez les hommes on peut commencer par 0,010 et on monte prudemment jusqu'à 0,015 et 20 milligrammes; une dose par jour suffit parfois, en l'augmentant très légèrement. L'emploi continu de ce médicament est à déconseiller; il est plus sûr et plus utile de procéder par intervalles, d'après le besoin, et, autant que possible, après avoir laissé s'apaiser les premiers symptômes d'intoxication. L'administration par la bouche paraît souvent agir mieux que la méthode sous-cutanée.

C. L'état de la nutrition doit être soigneusement surveillé, car le

maniaque, anémié et amaigri, doit encore résister à l'excitation psychique et motrice, et à l'insomnie. Un régime tonique, des aliments de digestion facile, riches en albumine et en hydro-carbures, le vin et la bière sont indiqués d'une façon pressante. La boulimie de bien des malades doit être aussi surveillée (peu de nourriture à la fois, mais repas fréquents); parfois aussi il faut satisfaire certains désirs, car le refus amènerait des protestations, de la colère, et un accroissement de l'excitation.

L'appétit de beaucoup de maniaques est extraordinaire, mais doit toujours être satisfait, dans les limites de la raison. Il faut les tenir au grand air dans des cours spacieuses; leur donner des vêtements convenables et légers; les protéger de la trop grande chaleur solaire.

Psychiquement : Éviter l'excitation, s'efforcer de procurer le calme ; les rapports avec le malade doivent être bienveillants, mais fermes : *suaviter in modo, fortiter in re.* Le médecin doit éviter toute opposition, chercher à faire le nécessaire avec ménagement plutôt qu'avec insistance; conserver toujours une patience tranquille. Sérieux avec douceur, ne donnant pas d'ordres impérieux, mais ne s'embarrassant pas dans des explications, évitant d'exciter l'humeur querelleuse des malades, net et logique dans ses prescriptions, tel doit être le médecin. Qu'il ait soin de respecter la vérité, car le maniaque a la mémoire fidèle; qu'il évite la pédanterie et la discussion. Pour les prescriptions, il ne faut pas s'attacher à la lettre; mais agir suivant le besoin. Vis-à-vis des malades qui le provoquent à dessein, le médecin doit savoir garder le silence; il ne doit pas craindre de faire une retraite courageuse; et, d'autre part, il doit faire à l'ennemi qui se retire un pont d'or, en lui accordant la satisfaction de mille petites demandes, même peu justifiées. Chez les malades accessibles et traitables, on cherche à diriger ce besoin exagéré de mouvement et à l'utiliser pour les occupations domestiques, les travaux de buanderie, de jardinage, etc... Toutes les fois que cela est possible, réveiller le sentiment des convenances. Si la conscience devient plus lucide, on peut, et il faut parfois, agir sur elle par des remontrances. Le traitement moral doit être particulièrement appliqué, comme discipline et pédagogie médicales, dans les manies chroniques et les manies avec affaiblissement (*moria*), où ce traitement est la principale ressource thérapeutique.

Dans les différentes formes cliniques, les indications les plus importantes sont les suivantes :

A. *Manie typique légère.* — Hygiène rigoureuse du corps et de l'esprit, avec suppression de toutes les excitations extérieures. Le plus souvent, le traitement immédiat dans un hôpital ou dans un Asile est nécessaire. *Bains tièdes,* prolongés autant que possible. Dans les cas d'excitation considé-

rable, *bains froids* de courte durée. Combattre l'insomnie. Relever les forces.

B. *Fureur.* — Le traitement à l'Asile est indispensable. — *Isolement*, *opiacés*, injections de *morphine;* le traitement doit être réglé avec méthode. *Bains*, comme plus haut; parfois, de temps en temps, de l'*hyoscyamine*. Surveiller l'état des forces. Ne pas négliger les indications particulières (constitution neurasthénique; affections de l'appareil génital).

C. *Manie grave.* — Traitement à l'Asile; *isolement.*

Rechercher soigneusement certaines causes physiques (alcoolisme), qui fournissent des indications spéciales. *Bains*, comme plus haut, mais surtout *bains froids. Enveloppement* de Priessnitz avec application de glace, *hyoscyamine.* Dans les cas de congestion habituelle, *sangsues*, surveiller soigneusement les forces, vin. Au besoin imposer le *repos au lit*, particulièrement aux malades anémiés. Se défier des menaces de collapsus, et de l'amaigrissement rapide avec abaissement de la température. Ensuite régime *analeptique* avec repos au lit; garantir le malade contre le refroidissement. Quand la transformation en délire aigu est à craindre, séjour au lit, obscurité dans la chambre; calme absolu autour du malade; application de glace.

D. Le traitement *des manies chroniques* comprend tout l'ensemble des moyens somatiques et psychiques qu'il faut employer suivant la période de la maladie. Si l'affaiblissement psychique prédomine, et que les mouvements excessifs soient devenus habituels, il faut diriger le malade avec soin et intelligence; en lui procurant des occupations manuelles faciles. S'il y a congestion céphalique persistante avec stase sanguine du visage, *bains* quotidiens prolongés; *sangsues;* quelquefois entretenir une suppuration à la nuque (*cautère*, *séton*), ou bien frictions de *pommade stibiée* sur le crâne. Chez les anémiques, repos au lit, *alimentation tonique*, et *opium* à doses méthodiquement croissantes.

DIFFÉRENTES FORMES DE MANIE.

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE. — TERMINAISONS.

On peut distinguer deux formes principales de manie : (A) d'après les caractères généraux déjà indiqués, c'est-à-dire d'après la fuite des idées; (B) d'après la marche de ces deux ordres de symptômes, qui est en rapport avec l'affection cérébrale; (C) d'après les signes somatiques.

Dans *un premier groupe*, il y a conservation relative de la conscience ; les mouvements semblent intentionnels, et les idées s'enchaînent logiquement. Il n'existe pas de troubles moteurs importants, et si l'on constate des modifications de la température du corps, elles sont toujours passagères et peu accentuées.

Dans le *deuxième groupe*, la conscience est primitivement altérée, et ce trouble profond peut être comparé à un état de rêve; la direction psychique se perd, et, en même temps, il se produit des troubles du mouvement et de la température (fièvre ou hypothermie).

La première de ces formes comprend deux variétés : dans l'une, il y a une excitation psychomotrice qui porte sur les actes et les projets, et une activité exagérée et pathologique des idées encore dirigées par le Moi; tout cela se traduit par des tentatives multiples et précipitées, et par une humeur expansive.

C'est une manie de l'intelligence et de la volonté, une *manie douce*. Il peut exister au début un stade mélancolique, qui manque parfois aussi. La guérison est la règle; mais la maladie tend à la périodicité.

Dans l'autre variété, on constate une excitation des fonctions psychomotrices, une accélération du fonctionnement intellectuel, accélération qui devient un élément pathologique supprimant l'action directrice du Moi; il en résulte un besoin désordonné de mouvements incohérents et qui ne cessent pas, une fuite plus ou moins marquée des idées, unies par un lien logique ou par l'assonance simple; en même temps, une humeur excessivement variable, avec un caractère expansif constant. La maladie débute, d'ordinaire, par un stade mélancolique. La guérison durable est la règle dans cette *manie typique*. Dans cette variété rentre la *fureur*, caractérisée par la forme réflexe des mouvements; dans la première, ces mouvements étaient seulement surabondants et précipités; ici, ils sont impulsifs, violents, sans mesure, et ressemblent à des convulsions; ce sont des actes automatiques et impulsifs.

Dans la fuite des idées qui se succèdent avec précipitation et en désordre, on retrouve des noyaux bien nets de délire mélancolique, ou de délire systématisé. L'humeur, bien que très variable, est caractérisée surtout par de l'excitation (manie avec colère), ou bien elle est formée à la fois de dépression et d'exaltation. Les hallucinations sont très fréquentes. On observe parfois au début un stade mélancolique. Souvent la manie typique va jusqu'à la fureur. La guérison est fréquente, mais les récidives sont à craindre.

Dans le deuxième groupe principal, on réunit tous les états d'excitation cérébrale à caractère maniaque; ils présentent les mêmes troubles de la motilité que la fureur, ou sont encore plus intenses (V. *Généralités*), et ils offrent les symptômes somatiques d'une excitation inflammatoire de l'organe cérébral. La conscience est profondément altérée, souvent annulée; on n'observe pas de fuite des idées, mais une succession d'idées délirantes. Dans les phases de tranquillité, on constate l'affaiblissement psychique déterminé par l'épuisement cérébral, ou bien un délire vague des grandeurs.

La guérison complète est rare; ordinairement il reste des lacunes. Parfois aussi, la terminaison est fatale. Ce deuxième groupe comprend les *manies organiques*, la *manie grave*.

MANIE DOUCE.

Les prodromes ordinaires sont un état nerveux, avec insomnie et troubles digestifs, congestion céphalique et constipation; ou bien, on observe un stade initial nettement dépressif, avec agitation angoissante, et excitabilité. Peu à peu, la conduite et l'humeur du malade

se modifient; il recherche plus qu'auparavant les plaisirs; se livre à des excès vénériens et bachiques, fréquente les cercles, les réunions; plus les plaisirs sont bruyants, plus ils lui plaisent. Il n'est jamais fatigué; il n'épargne ni lui-même ni les autres. Les remontrances, les conseils ne peuvent modérer son appétit de jouissances; les observations les plus sérieuses le font rire, ou excitent une colère hautaine. Bientôt se produisent des discussions qui exagèrent sa résistance et ses sentiments égoïstes. Un homme ordinairement modeste devient un beau parleur; il se mêle à toutes les conversations sans y être convié; il parle à voix très haute, avec une mimique exagérée, et des mouvements saccadés. Tout d'abord, la vivacité de son esprit plaît partout, car son humeur est encore aimable; mais bientôt il se rend insupportable par son besoin de discuter, d'avoir toujours raison; il manque de tact, se montre souvent grossier, et répond à la plaisanterie la plus inoffensive par une provocation. Sa conduite inconsidérée attire particulièrement l'attention, par son cynisme il dévoile souvent le changement profond de son caractère. Non seulement sa pensée est toujours exaltée, de sorte que le malade n'a pas assez d'emphase pour parler des moindres choses, de niaiseries, qui ont pour lui une importance qu'on n'aurait pu soupçonner; mais encore, sa mémoire lui rappelle tous les faits anciens avec une vivacité et une rapidité toutes nouvelles. Il se sent une énergie, une force plus grande, si le sentiment expansif n'est pas exagéré. Il est dans un état de bien-être, se trouve bien portant et vigoureux; il a besoin d'agir; il veut mettre partout de l'ordre; il critique et réglemente tout. Ce sont, chaque jour, de nouveaux plans, modifiés à chaque instant. Les difficultés, la réflexion, les empêchements financiers ou autres n'existent plus; la volonté déchaînée se crée un monde illusoire; tout est possible au malade; il conclut des marchés, gaspille l'argent, persuadé que tout doit lui réussir. Il a des projets de fiançailles, de mariage, qu'il abandonne et qu'il reprend avec légèreté. Jamais il n'est satisfait, et il est tourmenté par le désir pendant la jouissance même; de sorte que cette jouissance n'existe pas pour lui. Son seul plaisir véritable, c'est cette sensation trompeuse de force, de puissance, et l'image séduisante de ses projets fantastiques sans cesse renouvelés.

Cette suractivité pathologique de la vie psychique s'accroît en même temps que la maladie se développe. La loquacité devient continuelle et intarissable; dans ce bavardage, se mêlent les souvenirs anciens et les perceptions actuelles. Des illusions ridicules, des espérances insensées, des spéculations absurdes, des demandes et des souhaits immodérés, de l'esprit grossier, des critiques acerbes, une attitude hautaine, un éloge immérité de ses propres qualités, des

conseils, des prières, tout cela se mêle, se presse, se succède. Les phrases sont entrecoupées; il est à peine possible de fixer un moment l'attention du malade. Cependant il ne se produit ni idées délirantes bien déterminées, ni erreurs des sens. L'humeur passe de la satisfaction au mécontentement et à la colère. Le malade verse souvent des larmes qui témoignent d'une douleur tantôt confuse, tantôt nettement consciente. D'autres fois, il s'isole dans son indifférence; cependant, il est, le plus souvent, expansif. La maladie présente ces alternatives pendant des semaines et même des mois (5 et 6), lorsqu'elle ne verse pas dans la manie typique. Il n'existe pas de modifications physiques marquées; les femmes accusent souvent des douleurs nerveuses; assez fréquemment on observe des congestions céphaliques, mais sans fièvre.

La nutrition est affaiblie dans la majorité des cas, par suite de l'insomnie et de l'alimentation rendue insuffisante par l'agitation continuelle. Dans d'autres cas, le poids du corps reste le même; dans les formes périodiques, ou mieux circulaires, il s'élève souvent, mais non toujours (voir plus loin). Peu à peu, l'excitation tombe, souvent après une phase de mélancolie hypochondriaque, ordinairement après une phase de fatigue simple et de dépression. La maladie se termine par la guérison.

En ce qui concerne la fréquence de la manie douce, il faut remarquer qu'elle est rare relativement à la manie typique, et que, rarement aussi, elle conserve les mêmes caractères pendant toute sa durée; d'habitude elle devient une manie plus intense. Quand elle persiste avec les mêmes caractères, elle est souvent la phase maniaque d'une psychose circulaire. La paralysie générale commence souvent aussi comme une manie douce, modifiée par la démence primitive avec dégradation morale, et par l'hébétude qui caractérise, dès le début, le paralytique. Quand elle ne se modifie pas, elle est observée surtout dans les constitutions neurasthéniques, et elle est particulièrement fréquente après un surmenage intellectuel (préparation aux examens).

MANIE TYPIQUE.

a. *Forme légère.* — Elle se développe de l'une des trois manières suivantes : 1° par un stade nettement mélancolique, plus ou moins long; 2° par un stade de manie douce; 3° plus rarement, par des prodromes excessivement courts, durant quelques heures ou quelques jours; par un état nerveux (choc moral subit, menstruation); l'exaltation s'accroît rapidement pour aboutir à la manie typique confirmée.

Le malade présente une agitation motrice et intellectuelle croissante; il pleure et rit sans motif, ou pour des causes futiles; il court

de tous côtés, entreprend des travaux et les abandonne à peine commencés ; il se plaint, exprime mille désirs, s'excite et s'irrite quand on lui oppose des refus. Cette agitation s'accroît plus ou moins vite (parfois avec des alternatives de dépression), et elle dure même pendant la nuit ; il en résulte de l'insomnie, et, pendant le jour, une humeur inquiète, variable et capricieuse. Le malade n'interrompt son bavardage que pour chanter, siffler et rire ; il ne tient plus compte de l'entourage. Le regard, la mimique, les gestes sont plus animés, les mouvements sont plus brusques et même désordonnés. Le maniaque court à droite et à gauche, dans une activité sans but ; il se frise les cheveux et se pare, et aussitôt après il se salit de nouveau, de la façon la plus malpropre. Il danse, saute, essaie des tours de force, puis avec des rires et des cris de joie il raconte tout ce qu'il fait. Mais la succession des idées est brusquement interrompue par une perception nouvelle ou un souvenir quelconque ; puis cette nouvelle série d'idées s'écoule en paroles pour être interrompue, elle aussi ; le malade en arrive à une fuite des idées, qui sont de moins en moins reliées entre elles. Cependant, il est rappelé à lui-même quand on lui adresse la parole, ou par une impression quelconque venue du dehors. Il fait de brèves réponses et recommence aussitôt ses divagations. Ses illusions lui font méconnaître l'entourage ; il peut encore les rectifier pendant un certain temps, mais sans se rendre bien compte de ses erreurs. L'état psychique se traduit par tous les changements possibles d'humeur. Le malade pleure, récrimine, menace, obéit, résiste, d'un moment à l'autre. Il est le jouet de chaque idée, de chaque émotion, et obéit à toutes les impulsions motrices. Dans les moments de calme passager, on observe surtout un sentiment exagéré de la personnalité ; mais ce sentiment est superficiel ; on note quelques bouffées d'idées de grandeur (haute situation, puissance, richesse, etc.), mais elles ne persistent pas ; le maniaque proclame sa grandeur, puis tout à coup, souvent avec des rires ironiques, il retombe dans ses idées confuses. Des tendances érotiques se montrent et disparaissent ; tantôt ce sont des propos lascifs, tantôt des tentatives brutales. On observe souvent des hallucinations, mais elles sont passagères (ce sont des épisodes sensoriels dans l'histoire du trouble psychique). Elles poussent à la gaieté exagérée, aux cris de joie insensés ; d'autres fois, au contraire, elles dépriment l'état moral et déterminent des explosions de pleurs et de cris de colère, mais elles n'ont qu'une action momentanée, et sont entraînées par le torrent des idées qui ne laisse rien subsister de durable.

Si les hallucinations acquièrent une importance prédominante et si elles deviennent plus fixes, de façon à fausser, d'une manière durable,

la perception de l'entourage, et à maintenir une direction d'idées délirantes, alors la manie typique se transforme en délire systématisé aigu avec hallucinations. Cette phase est souvent intermédiaire entre la dépression initiale et la manie proprement dite, et c'est surtout le délire systématisé aigu démonomaniaque, que l'on observe. Le malade, qui d'abord était raisonneur, oppressé par des scrupules de conscience, se croit entouré de mauvais esprits qui veulent sa mort. Il est emporté dans un tourbillon d'illusions ; bientôt ces illusions prennent un caractère de gaieté et d'excitation (illusions religieuses avec exaltation). Le malade pense qu'on a reconnu sa droiture, et qu'on l'a nommé juge; ou bien il doit prêcher, chanter. Ses discours sont extravagants, hachés, et la fuite d'idées s'accentue. Les actes deviennent désordonnés, et les hallucinations s'affaiblissent alors; le malade entre dans la période de déclin de sa manie typique.

Dans la marche ultérieure, la fuite d'idées, trahie par le bavardage confus, s'accentue et devient un véritable chaos ; les idées ne s'associent plus que par assonance, souvent ce lien même se rompt, et les mots se suivent en désordre, amenés seulement par le hasard, par une perception quelconque ou un souvenir. La conscience ne disparaît pas, n'arrive jamais à s'obscurcir comme dans un rêve; à la vérité, elle peut être troublée par ce tourbillon d'idées qui se précipitent les unes après les autres, et au milieu desquelles le Moi se retrouve avec peine ; mais quand l'orage se calme, la clarté reparaît, et même, pour un moment, l'esprit est plus réfléchi.

Cet état psychique peut persister pendant des jours et des semaines; peu à peu l'agitation s'amoindrit, et les impulsions motrices impérieuses se réduisent à une vague gesticulation. L'attention est plus facile à fixer, le malade témoigne plus de confiance. Parfois aussi, il se plaint de ressentir de fausses sensations corporelles. Le sommeil et l'appétit deviennent meilleurs. Le regard est plus clair, le visage plus composé. Le bavardage confus et la rage de rimailler disparaissent. Peu à peu on observe des moments de calme et de sérieux. A cette époque de la maladie, on observe une des phases suivantes :

1° Amélioration progressive arrivant à la guérison, mais de trois façons différentes : (*a*) par un stade d'excitation avec affaiblissement psychique, moria (pétulance et actions bizarres, émotivité exagérée) ; (*b*) par un stade de torpeur intellectuelle simple ; (*c*) par un stade de délire systématisé secondaire, avec délire des grandeurs et interprétations délirantes, ou bien avec hallucinations. Pendant ce stade, le malade peut être calme, renfermé et taciturne, se livrer à des prières, à des exercices de piété, à des lectures pieuses, etc... ou bien il peut, au contraire, être excité, s'habiller d'une façon baroque ; sa conscience est obscurcie, ses occupations sont niaises ; il méconnaît son entourage, et son humeur est très changeante.

2° On peut observer avant la guérison une intermission avec tran-

quillité et apathie, qui peut durer quelques jours ou quelques semaines ; puis vient parfois un accès maniaque, suivi lui-même d'une période de calme. Enfin la guérison est obtenue, parfois après plusieurs phases de ce genre (forme rémittente).

Au point de vue de la symptomatologie, ces paroxysmes rémittents ont une intensité et une durée différentes, et la période de calme est variable. La dépression qui se mêlait parfois au premier accès maniaque est de moins en moins marquée dans les accès suivants, où l'on trouve seulement de l'exaltation délirante, une agitation sans but, une arrogance raisonneuse, enfin une conduite désordonnée et confuse. Parfois la dernière récidive de manie précède immédiatement la guérison. D'autres fois, la guérison est obtenue : (*a*) après un stade plus ou moins long de véritable mélancolie ; (*b*) après un stade plus ou moins long de stupidité (apathie, engourdissement, gâtisme, raptus).

3° L'affection peut passer à une forme plus grave de manie (fureur);

4° Elle peut devenir une manie chronique;

5° Ou se terminer par un affaiblissement psychique définitif.

Cette guérison imparfaite présente souvent une physionomie clinique particulière; c'est une démence à son début, sans symptômes spécifiques bien saillants ; c'est une apathie générale de l'esprit qui est vague, indécis, flottant, distrait et privé d'un but précis; l'humeur est bienveillante, facile. Souvent apparaissent encore des rêves agités où l'on retrouve des restes de l'ancienne exaltation; ils frappent le malade comme la réalité même, et le troublent encore pendant la journée. Même en dehors de ces rêves, le malade est préoccupé, incertain dans son langage, peu naturel dans sa conduite et son attitude ; il se plaint d'agitation et d'angoisse, déterminées, dit-il, par les circonstances les plus futiles. On remarque des idées hypochondriaques vagues; l'humeur devient de plus en plus morose, le langage n'a plus de précision ; le malade hésite ou se hâte, passe des mots, et s'embrouille. Il émet des plaintes incohérentes, s'excite et accuse ceux qui l'entourent; souvent il devient violent; c'est une véritable récidive maniaque, avec agitation musculaire et résistance vive ; excitation, accès légers d'angoisse alternant avec des moments plus tranquilles; dans ces moments, il faut diriger en tout le malade, et dans les périodes d'agitation il résiste à tout ce qu'on lui demande. A mesure que la maladie progresse, la démence s'accentue davantage; par intervalles, on observe des hallucinations acceptées sans résistance. En dehors de cela, le malade est un être inoffensif, tranquille ; il n'exprime jamais une plainte, un désir, une demande ; il accepte de faire le ménage dans la maison; après le travail, il est gai, comme si l'établissement était devenu sa patrie, et il sait y trouver des distractions.

La guérison peut être durable; mais très souvent elle n'est que passagère, et les récidives se suivent avec un caractère de gravité

croissante. Pour la symptomatologie clinique, il faut remarquer que des traits de plus en plus nets de délire systématisé se mêlent à ces accès (hallucinations plus intenses); ou bien on constate de l'affaiblissement intellectuel (actes impulsifs ; le malade déchire et salit ; il est de plus en plus stupide). Les paroxysmes, à chaque nouvelle récidive, sont plus prolongés et plus difficiles à guérir.

b. *Forme grave* (*fureur*). — Cette forme se développe : 1° brusquement, après une émotion vive (colère) ; ou encore, dans les tempéraments neuropathiques et dans l'épilepsie, d'une façon qui paraît spontanée, sans cause appréciable ; 2° dans le cours d'une manie douce qui s'exaspère jusqu'à atteindre la forme grave (surtout quand le premier état était caractérisé par un besoin incessant de faire des achats, de boire, etc.).

L'aspect clinique représente l'exagération des symptômes décrits dans la manie typique, principalement des symptômes moteurs. Tandis que ces symptômes, dans la forme précédente, étaient isolés et produits par un acte intellectuel, ils se produisent sous forme d'explosions ou d'actes impulsifs d'une violence aveugle. Le malade déchire, détruit, frappe, crie, hurle et se livre à des actes automatiques brusques. Les pensées s'échappent dans une confusion toujours plus grande; il prend pour des ennemis ceux qui l'entourent; il présente une excitabilité morale excessive, ou une tension mal contenue qui se traduit par des accès violents, des mouvements convulsifs de fureur. Au point de vue du délire, le malade répète ce qu'il entend dire, a des perceptions obscures, exprime des idées confuses et mélangées, profère des mots sans suite, surtout des séries de noms historiques, et il s'identifie avec des personnages célèbres. Des hallucinations pénibles sont fréquemment observées. Il est capricieux, arrogant, indocile, plein de prétentions ; il s'agite sans cesse, crie, déclame des sortes de vers incohérents ; il est malpropre, se déshabille, n'a plus aucune décence, court complètement nu au milieu des autres aliénés ; il déchire ses vêtements, détruit les meubles, les ustensiles de ménage. Il défait son matelas et se roule dans la laine jour et nuit ; il répand ses aliments. Chaque parole l'excite davantage. L'excitabilité motrice est excessive; chaque mouvement entraîne une série de mouvements associés. Les paroxysmes de colère peuvent durer des jours et des semaines; fréquemment, il existe un sentiment d'oppression à la poitrine (névralgie). Souvent ces paroxysmes alternent brusquement avec des accès non motivés d'angoisse très vive. Au fond, on trouve toujours l'exaltation morale qui se traduit tantôt par une conduite légère et même cynique, tantôt, au contraire, par une explosion de douleur, des hurlements, de l'angoisse et de la stupeur. Les pupilles sont contractées, peu mo-

biles; le pouls accéléré, la peau sèche; souvent on observe des congestions céphaliques intenses.

Dans une variété clinique bien nette, au lieu de ces symptômes multiples et changeants, on observe une coordination plus grande aussi bien dans la fuite d'idées que dans la *persistance de l'humeur principale* qui représente une passion portée à l'extrême, soit la colère, soit la douleur la plus violente. Cette disposition morale donne un même caractère aux idées qui se succèdent. Cette variété comprend les mélancoliques furieux proprement dits, dont l'affection a été déterminée par une émotion violente; chez eux, cette émotion semble avoir produit une excitation cérébrale réelle, suivie de convulsions réflexes violentes. C'est, dans le développement et dans la forme, le type de la réaction motrice produite par une douleur intense.

L'agitation pénible augmente rapidement, et l'état maniaque s'établit. Sous l'influence de ses tourments intérieurs, le malade se roule à terre, déchire ses habits, s'injurie lui-même, se frappe violemment, s'accuse, avec des cris de désespoir, de fautes et de crimes imaginaires. On a peine à calmer ses impulsions destructives; on ne peut l'aborder. A mesure que l'agitation augmente et dure plus longtemps, les idées sont plus mal coordonnées; les phrases sont décousues; parfois on observe des bouffées de délire ambitieux, mais ce sont surtout les remords et les imprécations contre soi-même qui dominent. De temps à autre, périodes de calme de courte durée, suivies d'excitation motrice plus violente. Le pouls est plus fréquent, s'élève momentanément, la congestion céphalique paraît plus intense dans les cas graves, et, en même temps on observe les symptômes d'une excitation cérébrale plus marquée : les traits du visage sont contractés, les paupières sont fermées fortement, la face est agitée de mouvements inconscients; il y a des crampes du pharynx, une excitabilité réflexe exagérée, et si l'on introduit dans la bouche une cuiller, le malade la serre brusquement entre les dents; les perceptions sont confuses, le maniaque interprète d'une façon délirante ce qui se passe autour de lui. Il est en fureur, et se livre à toutes sortes de violences contre lui-même et contre les autres. Si l'affection garde longtemps cette intensité, la vie est menacée; mais, la plupart du temps, l'excitation s'affaiblit. Le malade devient accessible, et répond à peu près aux questions; mais il faut toujours s'attendre à de nouvelles périodes d'excitation motrice et de fureur. La douceur apparente cache une excitabilité toujours très grande, et qui se montre souvent à l'occasion d'un refus.

Il n'est pas rare d'observer des phases intercurrentes de moria; alors le malade recherche les plaisanteries grossières, et refuse, soit avec calme, soit violemment, de vaquer aux soins journaliers dans la maison. En somme, le calme augmente progressivement, et, après quelques semaines ou quelques mois, la guérison est obtenue, d'ordinaire après un stade de torpeur ou de dépression avec sensiblerie. Le souvenir de l'accès est confus et se réduit à peu de chose.

Souvent cette réaction furieuse passionnelle résulte d'un remords anté-

rieur ; longtemps ce remords avait pu être caché, mais une impression morale rappelant la faute survient brusquement, surexcite le système nerveux sensible et vaso-moteur, et détermine une tension morale insupportable qui se traduit enfin par une explosion de fureur. Le souvenir d'un ancien mensonge, d'un parjure, surtout au moment des pratiques religieuses de la confession, suffit pour provoquer *périodiquement* un paroxysme de manie mélancolique.

Les *manies avec colère* des anémiques et des névropathes (surtout dans le sexe féminin), revêtent souvent le caractère démonomaniaque. Une tension morale (jointe à une profonde émotion subie) se traduit par une idée délirante pénible, qui détermine à son tour des illusions et des hallucinations, avec accès de rage, ou agitation motrice durable. L'humeur, pendant le développement et au stade d'acmé, conserve le même caractère d'excitation et de colère. C'est seulement pendant la période de déclin que l'humeur devient variable comme dans la manie ordinaire.

La conscience est plus ou moins nette, et peut souvent être obnubilée, comme dans un rêve ; ce dernier état est durable ou passager ; à mesure que la conscience s'obscurcit, et qu'elle perçoit moins ce qui l'entoure, les hallucinations deviennent plus intenses. Mille sensations physiques pénibles viennent assaillir le malade et le remplissent d'angoisse (faiblesse, déchirement dans les jambes, comme si la chair était séparée des os ; constriction à la gorge ; sensations aiguës, comme des coups de couteau dans la poitrine, arrachement du cerveau). Bientôt ces sensations se transforment, et sont interprétées comme l'action de puissances surnaturelles ; alors les démons s'agitent dans le corps, tiraillent les organes génitaux, font du bruit dans le ventre, et sortent par la bouche sous la forme de vapeurs parfois colorées. Tout l'entourage est transformé aux yeux du malade. Parfois, à côté de ces mauvais Esprits d'aspect varié, des génies bons et bienveillants apparaissent ; on observe des délires érotiques et lascifs, de l'exaltation religieuse et de l'excitation mélancolique démonomaniaque, qui elle-même alterne avec une excitation sombre. Les manifestations tronquées du délire, à l'acmé de la maladie, se résument dans la lutte entre la conscience et le mauvais Esprit. Les états moraux douloureux, et surtout le retour des souvenirs pénibles qui avaient déterminé la maladie et produit une tension morale constante, provoquent des explosions intermittentes ou permanentes de colère ; ce sont les accès de fureur proprement dits, pendant lesquels le malade est déchaîné ; il détruit pour détruire ; il ne perçoit rien, ou bien toute perception le rend furieux ; il se calme seulement lorsque la convulsion réflexe cérébro-spinale diminue, par suite d'un épuisement momentané. La cause la plus légère peut

provoquer un nouvel accès, qui souvent dure plusieurs jours et plusieurs nuits. Dans les moments plus tranquilles, les malades restent sombres, taciturnes, hostiles, renfermés, se parlent à eux-mêmes, font des gestes de résistance ou de raillerie ; ils s'inclinent, font des signes de croix, prennent des postures bizarres, étendent les bras dans un geste de bénédiction, baisent la terre ; ou bien ils collectionnent une foule d'objets disparates et inutiles, avec un affairement extrême. Ils s'enduisent le corps d'ordures, souillent les murs ; se précipitent brusquement sur les autres aliénés ; secouent les portes, se découvrent sans pudeur, se hâtent sans but, déchirent leurs vêtements, et se répandent en imprécations violentes et en monologues confus où l'on retrouve souvent la trace de l'émotion passionnelle qui a déterminé l'affection. D'autres malades, surtout les femmes, mêlent dans leur bavardage continuel, les perceptions vraies ou fausses ; ils ont mille conceptions fantastiques se succédant avec rapidité, se vantent d'exploits érotiques, et dénaturent tous les faits en les exagérant, tout en abandonnant ces idées si on leur adresse une remontrance.

Tel est le type de bien des *manies sexuelles* ayant pour base des lésions utérines, des troubles de la menstruation, des excès vénériens, une passion érotique, etc... Souvent les accès de fureur sont précédés par des sensations particulières dans l'abdomen, dans les parties génitales, ou par des douleurs ovariennes. Cette variété de manie sexuelle se manifeste extérieurement par un besoin de se découvrir, de faire des gestes obscènes, de tresser ses cheveux, de cracher sur tous les objets, de se couvrir d'ordures, de se frotter avec les mains trempées dans les aliments, dans l'urine, dans les matières fécales. D'ordinaire, la fuite d'idées est très marquée ; les souvenirs anciens se mêlent aux perceptions réelles, dans une complète confusion. Les associations d'idées sont niaises ; ce sont surtout des antithèses, souvent répétées (noir, blanc ; beau, laid). En les étudiant de près, on voit qu'elles représentent la lutte, imaginée par le maniaque, entre « l'Amour céleste qui comble de jouissances infinies » et l'Esprit du mal. Les malades croient être le Christ, la Vierge ; ils sont entourés de démons ; les aliments, les vêtements viennent du diable, etc... Ils montrent, en même temps, une fureur et une rage de destruction, interrompues parfois par des moments de lucidité. Les paroxysmes de fureur succèdent fréquemment aux périodes de menstruation.

Considérées au point de vue clinique, ces formes ne sont pas des manies franches, mais, d'après leur développement, ce sont des manies comprenant des éléments de délire systématisé, ou encore des états maniaques de délire systématisé. Il n'existe pas de limite bien tranchée, mais une série de transitions ; même ces états se mêlent de telle manière, que dans le courant de la même affection, on voit alterner des formes purement maniaques et des formes maniaques de délire systématisé. Les choses se passent comme pour certaines mélancolies développées dans un

cerveau invalide ; dans les deux cas, la symptomatologie clinique participe à la fois de la mélancolie (ou de la manie) et du délire systématisé avec hallucinations ; elle emprunte aux deux formes certains éléments. En considérant les faits au point de vue nosologique, on reconnaît ici la tendance du cerveau invalide à verser dans le délire systématisé.

On n'est autorisé à décrire cette forme de fureur comme une variété de la manie, que dans les cas où les symptômes ont surtout une physionomie maniaque, par conséquent *a fortiori* (spontanéité des actes psychomoteurs désordonnés, prédominance de l'humeur coléreuse, à opposer à l'état moral très variable, sous l'influence des hallucimations du délire systématisé aigu maniaque).

Il faut tenir compte aussi du délire primitif des grandeurs et du délire des persécutions ; le délire des grandeurs à forme maniaque est le pendant du tableau précédent, mais avec cette différence que les *caractères de délire systématisé* prédominent.

Dans ces formes, il est difficile de prévoir quelle sera la marche de l'affection ; l'excitation maniaque présente des oscillations et des rémissions, mais assez limitées. Le malade, dans son trouble intellectuel, reste inaccessible à tout (caractère qui est si frappant dans la manie simple) ; il ne ressent plus d'émotions ; tantôt il est expansif et exalté, tantôt sombre ; tantôt il est plus gai, pousse des cris de joie, pour devenir de nouveau indifférent et étonné. Parfois il expose une demande sur un ton résigné, puis il retombe dans son angoisse. En général, les reproches, les exigences impérieuses persistent, avec des modifications passagères et sans motif apparent. Dans la suite, quelques éclairs traversent sa conscience obscurcie (il se plaint de sa maladie cérébrale, de son angoisse, du démon qui le rend furieux), mais, ordinairement, il retombe aussitôt dans la confusion complète. Souvent les malades se plaignent de névralgies. Au bout de plusieurs mois seulement, on voit survenir un peu de tranquillité. Les impulsions motrices disparaissent ; parfois, c'est à ce moment que se produit la fuite d'idées ; la conduite du malade est encore bizarre ; il fixe le soleil, il reste immobile devant un mur, il est indifférent au plus haut point. Par intervalles, l'état moral est expansif ; peu à peu, les idées deviennent plus sérieuses ; le malade est plus affectueux envers sa famille ; les sentiments patriotiques se réveillent ; les aspirations élevées reparaissent ; les discours deviennent plus clairs, mais restent toujours superficiels ; au fond, l'on retrouve toujours de la confusion et l'excitabilité ancienne qui produit des explosions périodiques (par exemple, quand on refuse au malade sa sortie).

Dans les périodes de calme, ces maniaques racontent leurs hallucinations si nombreuses ; très souvent aussi, ils laissent entrevoir la douleur mo-

rale, cause de leur affection ; on peut suivre, à travers toutes les phases successives, cette cause qui a entretenu l'excitation et déterminé les paroxysmes convulsifs de rage.

Il faut lutter pas à pas, pour arriver à la convalescence ; le souvenir, plus ou moins obscur suivant le degré du trouble de la conscience, est toujours sommaire. Beaucoup de malades peuvent seulement dire qu'ils ressentaient dans tout le corps une agitation qui les mettait dans une sorte de rage et que la fureur seule pouvait soulager. Le poids du corps augmente en même temps que la nutrition se relève. Parfois, un paroxysme se produit après des accès périodiques séparés par une phase de stupidité ; dans cette phase, le malade est taciturne, tranquille, silencieux ; si la guérison n'est pas obtenue, on observe un des trois états suivants : 1° faiblesse psychique croissante, avec paroxysmes de fureur intermittents, très souvent avec symptômes de dégénérescence (manie avec dégénérescence) ; 2° manie chronique ; 3° manie périodique (voir ce mot), avec des intermissions au début, qui prennent de plus en plus l'aspect de rémissions avec affaiblissement psychique et excitabilité pathologique, ou bien avec un mélange d'idées de persécution.

La manie dans l'imbécillité, *la moria des anciens auteurs*, apparaît dans un premier groupe de cas comme un mélange de manie douce modifiée et de fureur. On trouve les traits suivants : l'excitation psychique et motrice, le besoin exagéré d'occupation, et l'expansion de la première forme, avec certains caractères de la seconde : l'indolence de la démence avec l'excitabilité de la manie. On observe une conduite absurde, un bavardage niais et incessant ; assez souvent une rage caractéristique de discuter sans cesse ; une disposition nonchalante et imprévoyante ; des plaisanteries lourdes et des allusions grossières ; de la turbulence, des rires bruyants et sots, des ricanements et des grimaces, des paroles extravagantes, des questions ridicules, qui souvent servent de réponses aux réprimandes faites par le médecin. Les malades ne vont pas plus loin dans cette voie, et se laissent guider, si l'on satisfait leurs désirs. Il n'existe pas d'hallucinations, ni d'idées délirantes ; mais, par intervalles, des plaintes hypochondriaques vagues et mal motivées : tels sont les principaux traits de l'état de démence maniaque. La moria présente, d'emblée, ces caractères chez les imbéciles ; dans les cerveaux invalides, elle apparaît comme un stade de transition entre la manie typique et la guérison, ou comme la terminaison ultime d'une vie intellectuelle qui a succombé aux accès maniaques répétés. L'intégrité relative de l'intelligence, surtout au début, porte les malades à résister à toute règle. La marche peut

être longue ; les malades, très excitables et affaiblis psychiquement, se heurtent à tout instant à la réalité, d'où résultent les accès maniaques.

Dans un deuxième groupe, la symptomatologie de la moria comprend un mélange d'idées délirantes expansives fixes (le malade croit être le Christ, par exemple, et d'illusions et hallucinations nombreuses, particulièrement de l'ouïe et de la vue. Le début est ordinairement brusque, sans prodromes saillants ; il est marqué par une excitation psychique générale avec perversité ou plaisanteries ridicules (le malade sonne les cloches d'une église, interrompt les offices, trouble l'ordre public par une tenue bizarre, en s'affublant d'un costume de carnaval), cependant, il est encore capable d'une certaine réflexion, ou bien il peut redevenir assez calme, si on le contient. Cet état moral peut être comparé à un commencement d'ivresse, et la conscience est celle d'un homme à demi étourdi par le vin. Par la suite, la confusion intellectuelle augmente, ainsi que l'intensité des erreurs des sens ; la conscience s'obscurcit comme dans un rêve ; le malade s'abandonne à des actes désordonnés, détruit, déchire ; et sa conduite devient violente et aveugle, en partie spontanément, en partie sous l'influence des hallucinations et des illusions. La forme précédente de moria représente, dans ses symptômes et sa marche, un mélange de manie douce et de fureur chez un imbécile. Celle-ci est formée d'un mélange de manie douce (ou mieux de moria) et de manie grave. En fait, on observe au cours de l'affection des épisodes alternants de ces deux formes ; la terminaison dépend de l'intensité des accès de manie grave. La marche est toujours très longue, elle ne dure jamais moins de plusieurs mois ; dans les cas favorables, le malade devient convalescent, et il est, à ce moment, plus brillant qu'à l'état normal ; mais il est menacé de récidive. Quand l'excitation s'est prolongée pendant un long stade, ou quand elle a été très intense, l'imbécillité est plus marquée après que les accès ont disparu.

MANIE GRAVE.

Les types compris sous cette définition répondent par leur variété à diverses lésions anatomo-pathologiques. Les uns (*a*) doivent être considérés comme étant de nature fonctionnelle, même si l'on admet un trouble profond de la nutrition cérébrale, terminé par un affaiblissement fonctionnel définitif (démence). Les autres (*b*) reposent sur des altérations organiques du cerveau, sur des lésions variées, qui conduisent à des affections subaiguës et chroniques, du cerveau et des méninges. La manie grave est donc, aujourd'hui, une dénomination clinique générale.

Premier type : Les prodromes sont formés par un mélange de dépression vague et de confusion intellectuelle, d'agitation, de besoin désordonné de s'occuper, remplacés par des alternatives d'hypochon-

drie et de mélancolie, avec trouble primitif et profond de la conscience. La maladie s'établit brusquement par un accroissement rapide de l'agitation motrice, parfois par un acte de brutalité contre l'entourage. Alors, c'est une fureur sauvage, un besoin aveugle de détruire, et en même temps un engourdissement durable de l'intelligence. Le malade commence à extravaguer, ou s'abandonne à des impulsions motrices; il se roule dans la boue, salit les murs, se couvre d'ordures, etc. Il ne perçoit rien de ce qui l'entoure, ne répond pas aux questions, ou bien tout prend un autre aspect pour lui, par suite de ses illusions multiples ; il ne s'occupe que de l'instant présent. Il détruit, déchire, tiraille, s'amuse à manier des chiffons avec un rire stupide, ou répond avec indifférence : « C'est de l'or, ce sont des objets précieux. » Le temps et l'espace n'existent plus pour lui ; il est âgé de mille ans, puis il redevient lui-même ; tout à l'heure il était roi, maintenant il est un paysan. Il n'attache pas de sens à l'une ou à l'autre de ces affirmations, il répond ce qu'on veut. A côté de cette indifférence, on observe, par intervalles, une agitation excessive ; à propos de futilité, parce qu'on a touché aux chiffons, aux pierres dont il emplit ses poches, il se montre soudain violent et brutal, puis retombe dans son indifférence antérieure. Tous ceux qu'il rencontre sont ses parents ; il appelle les jeunes gens ses enfants ou ses petits-enfants. Chacune de ses paroles représente une conception passagère d'un cerveau affaibli. Dans ses monologues sans fin, il parle de la force divine qu'il a reçue, de ses richesses immenses (il possède trois milliards), puis des sorcières et des diables qui le tourmentent, et qu'il doit sauver, ainsi que les assassins et les voleurs. Souvent il parle avec difficulté, mais sans symptômes paralytiques. La nutrition s'affaiblit de plus en plus, par suite d'une alimentation insuffisante, et de l'avidité avec laquelle les malades avalent toutes sortes d'ingrédients indigestes. On constate de l'hypothermie (V. *Généralités*). Ainsi l'intelligence s'affaiblit progressivement pend nt des mois, au milieu de divagations et de pensées confuses, avec des bouffées de délire ambitieux et mélancolique et des intervalles de lucidité. — D'autres malades restent muets pendant des mois, laissant échapper seulement un rire stupide ou un hurlement inarticulé. Ils s'agitent jour et nuit, sans repos, dans leur besoin de détruire ou de s'occuper, ils sont satisfaits s'ils trouvent une occupation quelconque. — D'autres ont une conduite différente ; ils sortent brusquement de leur apathie pour faire des bonds prodigieux, ils prennent des positions bizarres, fixent le soleil, s'habillent d'une manière étrange, etc. D'habitude, l'humeur du malade est une indifférence tranquille, les affections antérieures ont disparu ; parfois elle varie depuis la gaieté stupide et confiante jusqu'à l'insolence. Assez souvent on observe

des accès de violence aveugle ou des périodes pendant lesquelles le malade chante et pérore jour et nuit.

La marche (pour la marche aiguë et fatale, voir plus loin) est ordinairement subaiguë ou chronique ; elle se termine par : 1° rétablissement avec lacunes, affaiblissement intellectuel plus ou moins prononcé avec excitabilité ; 2° démence apathique. Dans les deux cas, la nutrition se relève ; dans les cas défavorables, on voit apparaître un embonpoint très rapide (j'ai vu le poids du corps augmenter de 46 livres dans l'espace de quatre mois). Le rétablissement complet est fréquent ; je l'ai vu se produire (*a*) au bout d'un mois, après un stade d'affaiblissement et de dépression mêlés à de l'excitation, avec erreurs de personnalité, illusions du goût, accès d'angoisse, céphalalgie violente et tenace, stupeur par intervalles. (*b*) D'autres fois le rétablissement est obtenu après un stade de démence simple intense, d'indifférence absolue, avec une exagération de la gloutonnerie pathologique. Les malades passent des journées entières sur un banc, rient niaisement, ou poussent des vociférations dénuées de sens. Pourtant on voit, de temps à autre, des traces remarquables de la cause qui a provoqué le délire. (*c*) Une troisième variété est constituée par un stade de moria, suivi de convalescence. Ici, en même temps que la manie disparaît, on voit la lucidité devenir plus grande, mais, pendant des semaines encore, il reste une légère excitation avec une irritabilité caractéristique, une tenue inconvenante, un besoin puéril de collectionner une foule d'objets.

Dans ces variétés maniaques, ce fait est très remarquable, que l'on peut, au moyen de l'hyoscyamine, arrêter l'agitation musculaire désordonnée, et à chaque nouvelle dose obtenir un nouveau progrès vers la convalescence.

Deuxième type. — Dans ce second type (états réels d'irritation cérébrale), le stade initial est marqué par une distraction exagérée, des oublis continuels, de l'inaptitude à s'occuper des affaires journalières, et, au point de vue de l'humeur, tantôt par de l'expansion, tantôt par de la tristesse, tantôt par de l'indifférence. Parfois ces prodromes manquent, surtout chez les alcooliques, et la manie éclate brusquement dans toute son intensité. — (A) L'excitation maniaque peut atteindre d'abord l'intelligence, et déterminer alors un bavardage confus, extravagant, où l'on trouve des idées de grandeurs (millions, milliards ; Reine du ciel ; or, dieux) ; ces phrases tronquées sont répétées avec satisfaction et de cent manières différentes. Ces idées brusques de grandeur alternent brusquement avec des idées dépressives ; les malades, en proie à une excitation douloureuse, pleurent, crient, vocifèrent, dans un jargon puéril. D'ordinaire, on voit d'heure en heure ou de jour en jour les idées de grandeurs et les idées dépressives se succéder irrégulièrement. En même temps la confusion intellectuelle est excessive, et l'on ne trouve pas une direction permanente dans les idées ; elles se suivent sans ordre, appelées seulement par des assonances, qui produisent souvent

une sorte de versification ; le malade invente des mots qu'il mêle aux termes ordinaires ; il est en proie à une foule d'illusions. L'humeur est très variable aussi, passe par toutes les nuances, par des changements subits ; on observe une activité désordonnée, et des raptus soudains. Le pouls est très fréquent par intervalles ; la température s'élève souvent jusqu'à 39° et au-dessus ; la nutrition s'affaiblit. Les troubles moteurs font longtemps défaut, il n'y a pas d'ataxie, pas de troubles de la parole, seulement du myosis par intervalles. Après plusieurs mois, l'affaiblissement psychique et le calme s'établissent, et certains mouvements automatiques persistent (action de ramasser, frotter, tirailler). Psychiquement, cet état ressemble au début de la paralysie générale dont il se distingue par l'absence des troubles caractéristiques de la motilité (mais ces troubles apparaissent quelquefois plus tard). — (B) Un autre groupe clinique est caractérisé par la prédominance du délire, accompagnée d'hallucinations de tous les sens. En général, le début est brusque (après une courte période prodromique de distraction, de morosité et d'insomnie), et il est marqué par un chaos d'hallucinations et une excitation vive ; des rémissions surviennent par intervalles. Ainsi le début peut avoir un caractère de rémittence nette et même des périodes de lucidité trompeuse. Tantôt on constate de la dépression avec angoisse, tantôt de l'exaltation. Le délire passe des idées de grandeur aux idées de persécutions (craintes d'empoisonnement) et aux idées de culpabilité ; souvent aussi le maniaque croit que son corps est métamorphosé (sa tête a été remplacée par une autre, il a plusieurs corps, etc.). La marche ultérieure de la maladie présente des symptômes très variés, et ces états psychiques, qui ne sont pas combinés logiquement et dont la succession est désordonnée, montrent qu'il existe une lésion organique du cerveau (V. *Cérébropathies*). L'exaltation maniaque sous forme de fureur (excitabilité convulsive, hallucinations terrifiantes ou démonomaniaques) alterne avec des périodes d'excitation psychique et motrice plus légère ; elle peut aussi augmenter brusquement, et présenter la gravité du délire aigu.

Les troubles moteurs sont passagers (grimaces, contractions fibrillaires, mouvements désordonnés, prédominance de certains groupes musculaires, les yeux tournent, roulent sous les paupières, etc.). Les idées, tout à fait incohérentes, ne se traduisent plus que par des mots isolés ou des fragments de mots.

Assez souvent, après une courte durée, la maladie se termine d'une manière fatale. Les traits deviennent immobiles, le visage perd toute expression, l'aspect est celui d'un cadavre. Le pouls devient petit, très fréquent ; les muscles du pharynx sont parésiés ; le ventre se creuse ; agitation incohérente ; cris inarticulés et gutturaux ; dilatation des

pupilles, trismus par intervalles, puis état général de parésie. (A l'autopsie, on trouve de l'opacité et de l'œdème des méninges avec adhérences partielles.) — Dans d'autres cas, la mort se produit après un assoupissement progressif; subdélirium, ou quelques moments de demi-lucidité; agitation dans le lit, alternant avec de la prostration ; ou élévation brusque de la température, 40°4; accélération de la respiration (60) et du pouls (160 à 180). Heureusement cette intensité de l'irritation cérébrale n'est pas ordinaire, et souvent au bout de quelques jours, le danger est écarté.

Parfois on observe un type alternant où l'excitation maniaque est remplacé par un calme relatif. Dans ces rémissions qui surviennent brusquement, il reste une irritabilité due à la faiblesse psychique ; le malade a mille désirs, mille projets. Dans les moments d'excitation, la conscience est obnubilée comme dans le rêve, et il existe des hallucinations de tous les sens, des idées de grandeur (le malade est Dieu, empereur), des explosions de fureur contre l'entourage, un impérieux besoin de détruire, souvent une excitation sexuelle violente (onanisme). L'élévation de la température (jusqu'à 39°) a déjà été signalée. Peu à peu l'affaiblissement psychique augmente, sous l'influence de paroxysmes maniaques plus ou moins intenses et des hallucinations persistantes ; celles-ci sont de plus en plus impérieuses ; ce sont des voix d'hommes, d'oiseaux ; elles excitent le malade, lui conseillent toutes sortes d'absurdités, et le poussent à des réactions brusques et furieuses. Aux erreurs des sens peuvent s'ajouter des interprétations délirantes, des hyperesthésies spinales de toute nature ; le malade est persécuté par l'électricité. Progressivement, il devient plus tranquille en même temps qu'il s'affaiblit davantage ; sa conscience est plus confuse, et remplie de fragments d'idées de grandeur et de persécutions (il est un prince, il est poursuivi par les jésuites, tourmenté par l'électricité, etc.). Dans les moments plus calmes; il est dans une violente confusion hallucinatoire, tout en conservant des associations anciennes d'idées. Il s'occupe, avec nonchalance pourtant, de griffonner sans cesse, et dans le style le plus confus, pour exprimer tous ces fragments d'idées délirantes. Dans les moments d'excitation, il est comparable à une marionnette dont on tirerait tous les fils : contractions choréiques du visage et des membres, postures et mouvements automatiques variés (avec trouble profond de la conscience). Ainsi le malade s'achemine vers la démence incurable; pendant des années encore on peut observer des rémissions et des exacerbations marquées par des mouvements convulsifs. — Dans *d'autres cas*, la manie grave avec hallucinations se transforme, après plusieurs mois, en une *paralysie galopante* (voir ce mot).

Toutes ces formes de manie grave, à tous leurs stades, peuvent se ter-

miner par la mort, par suite de l'excitation motrice et du trouble de la nutrition nerveuse. C'est la mort du cerveau lui-même; c'est une banqueroute de l'économie par suite de la perte excessive de chaleur (Zenker), qui conduit le malade amaigri, anémié, épuisé, au repos définitif (après cinq ou quinze mois). Assez souvent la mort est amenée par une affection intercurrente, surtout par une pneumonie.

La *manie chronique* peut succéder à ces différentes formes cliniques, mais seulement dans certaines conditions étiologiques, ou mieux, cérébrales.

La manie douce ne prend la forme chronique que dans les folies circulaires; elle peut durer une année, puis est remplacée par la phase mélancolique. La manie grave devient chronique lorsqu'il existe une lourde tare héréditaire, et surtout après des récidives répétées; elle revêt alors le caractère de la manie avec dégénérescence (voir ce mot).

La manie furieuse peut durer pendant des années, avec des périodes de calme relatif (d'épuisement), dans les constitutions profondément affaiblies par l'anémie et particulièrement dans la tuberculose.

Le désordre moteur et la loquacité persistent, ainsi que les illusions, l'association des idées étant de plus en plus irrégulière. On observe un délire vague et passager de grandeurs; l'excitabilité subsiste; le malade, pour la cause la plus futile, ou sous l'influence d'un souvenir pénible, présente des paroxysmes de colère qui peuvent durer plusieurs jours, et qui le conduisent à la démence.

La manie typique peut aussi revêtir une forme chronique. Certaines causes individuelles ne permettent pas de calmer l'hyperesthésie psychique et prolongent ainsi la maladie: ce sont des névralgies psychiques (souvenirs émotifs), des névralgies somatiques, et des altérations profondes de la constitution, telles que des anémies persistantes avec troubles de la nutrition, des abus sexuels, des règles trop abondantes.

La symptomatologie est celle de la manie typique, avec une allure chronique; pendant des années, les malades conservent leur excitation psycho-motrice, leur fuite des pensées, leur humeur excessivement variable. La gravité croissante de l'affection cérébrale est marquée par la dégénérescence dans les différents symptômes; la fuite des idées devient un chaos absolu; les mouvements sont purement impulsifs et automatiques; la perception est de plus en plus obtuse et faussée, la conscience plus obscure, sans aucun moment de lucidité (tandis que dans la manie avec dégénérescence la conscience reste lucide à côté des impulsions continuelles). Toutes les manifestations ont un caractère brutal (rire grossier) et les traits du visage conservent longtemps la même expression. Le malade parcourt,

chaque jour, le même cercle, ce sont toujours les mêmes cris, les mêmes gesticulations, les mêmes illusions. Par suite de l'incohérence des idées qu'on ne peut rectifier, l'humeur devient très variable : c'est une gaieté, ou bien une exaltation puérile; souvent apparaissent des tendances érotiques.

Tous les symptômes participent de l'*affaiblissement démen*t et de la *manie*. Le malade a perdu toute pudeur, se découvre, conserve des vêtements malpropres et déchirés; il ne répond pas aux questions ou lance à qui l'interroge des coups de pied ou des coups de poing. Il se jette sur les aliments qu'on lui sert, avale toutes sortes de choses indigestes; il s'enduit d'urine, de matières fécales, d'huile, d'encre, etc... Sans cause appréciable, sans périodicité régulière, il se produit par la suite des paroxysmes impulsifs violents; le maniaque se roule à terre, crache, déchire, hurle. Parfois, l'excitation est moindre, et prend les caractères de la moria, avec gesticulation et mouvements choréiformes. A d'autres moments, ce sont des phases de stupidité; le malade reste immobile, déboutonne et reboutonne ses habits, frotte pendant des heures son visage et ses mains, débite une foule de paroles confuses, et, dans toutes ces manifestations, on retrouve les éléments de la manie. — Dans une autre variété clinique, la manie typique prolongée prend les caractères du *délire systématisé avec excitation;* les erreurs des sens sont toujours plus nombreuses et plus impérieuses; le malade, rempli de ses idées de grandeurs religieuses ou politiques, devient de plus en plus exigeant et orgueilleux; il est l'homme le plus remarquable du monde, il est le Christ etc... Parfois ces phases exaltées de délire systématisé sont passagères et coïncident avec des congestions céphaliques. Dans les moments tranquilles, le malade rejette lui-même ces idées ambitieuses (il ne sait comment il a pu penser tout cela). Alors même l'humeur reste très variable, avec des demandes et des désirs exagérés et avec la manie de discuter (tandis que dans la manie rémittente, les intervalles calmes sont plutôt caractérisés par de l'apathie et par une lucidité trompeuse).

Dans les cas favorables, le calme reparaît progressivement, après des paroxysmes interminables. Le malade devient moins excité, plus facile à conduire, dort mieux pendant la nuit, redevient propre; somatiquement, la nutrition, qui s'abaissait au moment des paroxysmes, se relève définitivement; souvent on voit se manifester un appétit insatiable. L'humeur devient plus naturelle, le malade s'intéresse à ce qui l'entoure, et il a conscience de sa maladie.

La convalescence est toujours difficile, à cause de la susceptibilité psychique, et elle est troublée souvent par des récidives, moins violentes pourtant. Peu à peu la guérison complète est obtenue; en même temps le visage est redevenu frais et plein. Il est intéressant d'entendre les malades énumérer les sentiments qui dominaient pendant leur affection, qui souvent reposaient sur des sensations douloureuses, et qui déterminaient des perceptions fausses et de l'excitation. Une guérison complète peut encore se produire au bout d'un an et demi.

DES AFFAIBLISSEMENTS PSYCHIQUES

Bibliographie. — Kroepelin, *Arch. f. Psych.*, 13. — Weiss, *Compend. d. Wiener med. Woch.*, 1883. — *Appréciations médico-légales*, voir Krafft-Ebing, etc. — Jastrowitz, *Allg. Zeistchr. f. Psych.*, 39.

Toute psychose affaiblit l'intelligence, même quand elle frappe un cerveau valide. L'obsession mélancolique qui détermine un arrêt intellectuel et anéantit la volonté, comme le tourbillon des idées qui se produit dans la manie, menacent la vie de l'intelligence. Heureusement, dans les cas récents et dans les premiers accès, le désordre nerveux peut être réparé (du moins dans certaines limites). Mais s'il existe une tare cérébrale, s'il y a eu plusieurs récidives, ou si le milieu est défavorable, le dommage peut très facilement devenir irréparable; alors le cerveau devient définitivement invalide, ou il y a anéantissement de la vie intellectuelle, c'est la terminaison habituelle. Nous disons, dans ce cas, d'une façon générale, qu'il y a *affaiblissement psychique*.

C'est là une désignation générale et pratique d'une foule de tableaux cliniques différents. Chaque psychose donne une physionomie particulière à l'affaiblissement psychique qui lui succède; de sorte que les différentes variétés de démence ont certains caractères qui rappellent la psychose primitive ou dénotent l'état originel du sujet. C'est seulement dans l'affaiblissement intellectuel le plus avancé que les nuances semblent disparaître; encore l'uniformité n'est-elle pas absolue dans beaucoup de cas. Ainsi les affaiblissements qui succèdent à la mélancolie des masturbateurs et au délire des persécutions avec prédominance des idées génitales, ont une physionomie particulière; les démences hystérique, hypochondriaque et épileptique sont analogues. Les démences paralytique, catatonique et stupide sont différentes, mais peuvent avoir certains traits communs; dans ces deux dernières formes, ajoutons que la démence n'est pas définitive; mais elle n'est très souvent qu'une phase de la maladie.

Malgré la diversité de toutes ces formes, elles ont un caractère commun, « l'affaiblissement psychique ». Aussi mettons-nous en première ligne l'analyse et la description psychologique de ce syndrome; puis nous en décrivons les deux *variétés* les plus importantes: les affaiblissements consécutifs à la mélancolie et à la manie.

La faiblesse psychique n'est pas toujours acquise; dans un très grand nombre de cas elle est congénitale (idiotie); quand elle est acquise, elle n'est pas toujours la suite d'une psychopathie. Les affections somatiques, les maladies infectieuses aiguës surtout, l'action débilitante des excès, les altérations de la constitution, peuvent assez souvent en être la cause *directe*.

Description analytique de la faiblesse intellectuelle. — On désigne sous ce nom général l'ensemble des dégradations progressives du pouvoir intellectuel, allant de l'état normal jusqu'à l'idiotie; elles ont pour caractère commun la diminution de ce pouvoir intellectuel, diminution qui va jusqu'à la disparition complète, ou mieux à l'absence de manifestation d'une ou de toutes les fonctions psychiques (l'idiotie est une forme spéciale et mixte). Cette diminution, ou cet arrêt, se manifeste de deux manières : 1° par une impuissance ou une paresse croissante des fonctions psychiques; 2° ou bien par une excitabilité anormalement exagérée de ces fonctions : les perceptions et les idées sont précipitées, les émotions sont brusques et peu stables; la conception est incomplète, et, par suite, faussée.

Les deux formes de la faiblesse intellectuelle, par apathie et par éréthisme, d'imbécillité torpide et excitable, seront retrouvées dans la folie morale; mais nous les considérerons alors à un autre point de vue. Dans la folie morale, nous trouvons les deux types de l'idiot moral et de l'individu toujours excité par les passions sensuelles; ici, dans cette imbécillité de l'intelligence, on trouve les deux types de la stupidité passive avec une indifférence inébranlable et de la sottise qui passe d'un sujet à un autre sans s'y arrêter, superficielle et incomplète, niaise et puérile.

I. *Faiblesse intellectuelle avec torpeur, avec apathie.* — La forme la plus simple est représentée par l'émoussement général des facultés, c'est-à-dire par une torpeur qui s'étend sur tous les territoires psychiques.

a. Pour ce qui est de l'intelligence, les perceptions extérieures sont annulées (au degré le plus bas), on bien elles se produisent d'une manière plus ou moins incomplète. Elles peuvent donner lieu à des associations d'idées, mais il ne se produit pas d'idées générales d'un ordre élevé, ou bien celles-ci sont très peu nombreuses et tout à fait insuffisantes. Aussi n'existe-t-il souvent qu'un très petit nombre de conceptions, et parfois elles manquent absolument. Les idées les plus élevées ne dépassent pas en général, l'utilité pratique; les idées générales ne sont pas formées; si on en observe quelques-unes, elles sont répétées de mémoire, ou bien elles représentent les restes de l'ancienne activité intellectuelle; mais elles sont frustes et isolées. Beaucoup de perceptions se perdent si elles n'ont pas un intérêt immédiat, c'est-à-dire si elles n'intéressent pas le plaisir des sens. Par suite, les conceptions sont souvent défectueuses, infidèles, l'attention, l'aperception active font défaut, ou bien elles n'existent que pour les perceptions les plus intenses, souvent répétées, ou ayant un intérêt sensuel. La pensée devient monotone, et toutes les conceptions, dans cette faiblesse intellectuelle, forment un monde spécial au delà duquel rien n'existe; les associations d'idées se faisant mal, les idées du

malade sont souvent contradictoires, et cependant sont bien acceptées par lui, parce que les conceptions générales font défaut; les idées ne sont plus examinées par le sujet; toutes les opérations intellectuelles s'accomplissent péniblement et avec lenteur. Aussi la production des idées s'affaiblit-elle, pour arriver à la stérilité absolue, l'attention suivant une diminution correspondante.

b. Au point de vue moral, on trouve les sentiments également émoussés. Les sentiments élevés n'existent plus; la sympathie, la compassion sont peu marquées ou absentes; on voit s'étaler en pleine lumière les sentiments et les efforts égoïstes du malade qui recherche seulement les plaisirs des sens. Les sentiments sont difficiles à exciter, et sont toujours superficiels, aussi ne persistent-ils que s'ils se rapportent aux intérêts inférieurs du malade. Les idées élevées, qui règlent et qui modèrent, étant absentes, l'émotivité devient exagérée, et les passions se précipitent sans obstacle. Dans la démence la plus avancée, ces sentiments et ces passions disparaissent aussi, et font place à l'indifférence absolue.

c. Au point de vue psycho-moteur, on observe une spontanéité des actes; il n'y a ni prévision, ni réflexion aucune, ni connaissance précise du but. Si l'acte vise un but, celui-ci est remarquablement simple, conformément à l'état du moral et de l'intelligence. Le cercle est donc très restreint, et pourtant le choix des moyens peut montrer un certain degré de ruse et de calcul; le malade est à la fois borné et perspicace, inintelligent et roué. Une émotion qui survient détermine un acte brusque et impulsif. Dans tous les cas, le malade est incapable de se dominer et de se diriger.

II. *Faiblesse intellectuelle avec irritabilité.* — Psychologiquement, cette forme est le contraire de la précédente; mais, pour l'effet terminal, elle lui est analogue. La perception est toujours mobile, oscillante, fugitive; la conception étant brusque, le travail intellectuel qui en résulte ne peut pas se faire d'une façon nette et tranquille. Il se produit encore des associations d'idées, mais superficielles, précipitées, et dues au hasard des circonstances; aussi la succession logique se fait-elle mal, elle est superficielle, hâtive et souvent faussée. Les conceptions qui en résultent sont mal ordonnées et confuses. Enfin, les idées conscientes sont moins rares que dans la forme précédente, mais elles ne sont ni suffisamment approfondies, ni estimées à leur valeur réelle; il n'y a pas d'association logique, pas de hiérarchie dans les idées. Le malade, par suite de la rapidité de la conception et par la mobilité de l'attention, associe des éléments différents entre eux; aussi l'association est-elle formée d'une manière incertaine, défectueuse, souvent même absolument fausse. De sorte que la conscience accepte peu à peu des contradictions; la critique étant incertaine, rien n'est fixe et durable, tout s'unit et se désunit sans cesse; malgré une apparence brillante, toutes les connaissances sont inutilisables. Le Moi représenté par un groupe d'idées élevées est, au milieu de cette oscillation perpétuelle, indécis et flottant. Le besoin d'appui et de soutien conduit le Moi à des explications précipitées des idées toujours brusques et renouvelées incessamment; aussi la conception est-elle revêtue d'une nuance

subjective prédominante, souvent fausse. En même temps, comme dans la forme apathique, le sentiment personnel se mêle à chaque impression, est toujours mis en avant, et la domine. En somme, il y a une oscillation continuelle; l'état intellectuel est dominé par chaque impression, il est très mobile, sans fixité. C'est le caractère intellectuel *a* de cette faiblesse d'esprit. — Au point de vue du moral *b*, on trouve la même inconstance et le même chaos de sentiments toujours renouvelés, survenant brusquement et s'éteignant aussitôt, contradictoires entre eux; par suite les affections sont très instables, et n'arrivent pas à être des sentiments élevés, ayant une empreinte intellectuelle. On ne trouve que des sentiments vagues et égoïstes de sympathie et d'antipathie. On observe bien des tendances plus élevées, mais elles n'aboutissent pas, parce qu'elles sont toujours inconstantes. — Au point de vue psycho-moteur *c*, l'acte est instantané, déterminé par l'impression, par l'humeur du moment. Il est instinctif, précipité, irréfléchi, produit par la passion; il manque de pondération et de réflexion, de discussion des motifs, et surtout d'un motif fixe. Dans cette hyperexcitabilité, tout détermine un état convulsif, tout excite, il n'y a plus que de brusques réflexes, et la réflexion n'existe plus; si parfois elle se produit ensuite, elle reste sans effet. Ici encore, le pouvoir de se déterminer et de se diriger est très diminué (même quand le malade est encore capable de discuter à tout propos); souvent il est tout à fait perdu.

Dans les deux classes de symptômes que je viens d'esquisser, on trouve un ensemble de traits psychologiques qui revient souvent dans la symptomatologie de certains types cliniques, au début de l'affection ou à une période plus tardive; ces caractères psychiques de la faiblesse intellectuelle avec irritabilité se retrouvent chez l'hystérique, dans les stades de convalescence du délire systématisé aigu, et aussi, d'une façon passagère, dans l'intervalle des formes périodiques. Les caractères de la faiblesse avec apathie se retrouvent dans les stades terminaux des manies, des mélancolies, et dans la démence apathique où ces caractères sont durables et vont en s'aggravant. La folie héréditaire présente ces deux formes, à tous les degrés et avec les combinaisons les plus multiples; car la faiblesse intellectuelle apathique et la faiblesse excitable peuvent se combiner et se mêler de la façon la plus variée; c'est ce qu'on voit particulièrement dans l'idiotie. Dans les formes habituelles de la manie du cerveau valide et de la mélancolie, on trouve, suivant les cas individuels, des traits multiples de cette faiblesse psychique; aussi, presque toujours les symptômes si multiples sont dus à cette combinaison. Pour l'analyse clinique, aussi bien que pour le pronostic, on doit examiner très soigneusement ces éléments; et pour la valeur psychologique des symptômes psychopathiques, on doit en tenir particulièrement compte. Il faut estimer avec toute l'exactitude possible l'état intellectuel *antérieur;* car, on le comprend, chez un individu doué héréditairement d'une riche intelligence, une lésion psychique ultérieure se remarquera moins (on ne constate pas tout de suite la perte d'une petite somme faisant partie d'un grand capital) que chez un individu pauvrement doué au point de vue psychique, ou dont l'intelligence a été

mal développée; pourtant dans ce cas aussi, une perte légère ne doit pas être considérée comme étant sans importance, surtout si elle porte sur la délicatesse du sentiment, le tact primitif, ou sur la puissance de travail, d'abord augmentée, comme il arrive souvent au début de la paralysie.

Les *types principaux* dans lesquels la faiblesse psychique apparaît comme syndrome *secondaire*, sont différents suivant les formes primitives de l'affection. Ici il faut faire une distinction très importante : ou bien, dans l'état primitif, la conscience était remplie d'idées délirantes, et en particulier d'hallucinations, puis finissent par s'anéantir sous l'influence de ces éléments étrangers de plus en plus nombreux et dominants; ou bien il s'agissait d'une intelligence subissant une tension pathologique ou produisant d'une manière exagérée : elle ne pouvait plus modérer son hyperactivité, et était enfin détruite par suite de l'épuisement de l'organe cérébral. Dans le premier groupe il faut placer les mélancolies qui contenaient primitivement des éléments de délire systématisé, ou qui ont passé par un stade de délire systématisé; dans le dernier, il faut ranger les états de dépression simple, mais précédés par une longue anxiété avec angoisse, et en particulier les manies graves et récidivantes. Dans le premier groupe, la faiblesse psychique est caractérisée essentiellement au point de vue psychologique par une dissociation du Moi, avec un développement surabondant d'illusions; dans le second, par une torpeur, une apathie qui porte sur un ou sur tous les territoires psychiques. Ajoutons que le premier syndrome (dissociation du Moi et illusions multiples) se retrouve dans le délire systématisé, surtout dans les stades ultérieurs, et dans la variété hystérique; aussi a-t-on désigné ce groupe sous le nom de *délire systématisé secondaire*. Nous retrouverons aussi plus tard la forme torpide dans la stupeur, c'est-à-dire la démence primitive; aussi devons-nous appeler ce deuxième groupe *démence secondaire* (V. *Démence*).

Naturellement, cette distinction, ces dénominations différentes ne correspondent pas a une séparation essentielle; ces deux formes de faiblesse intellectuelle, avec torpeur et avec excitation, qui sont nosologiquement parentes, se tiennent aussi dans la clinique; elles se combinent de la façon la plus variée; ainsi le délire systématisé secondaire peut se transformer en démence caractérisée lorsque les réflexes affectifs diminuent peu à peu, que les idées délirantes deviennent de plus en plus niaises, et portent le cachet de plus en plus profond de l'affaiblissement intellectuel. Il faut encore ajouter ici quelques remarques : 1° le délire systématisé secondaire ne succède qu'à un certain nombre de mélancolies qui ne guérissent pas, d'autres mélancolies passent directement dans la démence. De même, dans

certaines circonstances individuelles, la démence apathique peut n'être pas le stade terminal de la manie, mais on peut observer, alors, le délire systématisé secondaire persistant, à forme exaltée (V. *Manie*). 2° Le délire systématisé secondaire, soit comme forme durable, soit comme transition à la démence, ne se présente pas seulement après les états primitifs indiqués des psycho-névroses, mais il succède aussi au délire systématisé primitif; de même, la démence secondaire suit les formes *primitives* incurables des psycho-névroses, mais il existe certaines modifications dans les deux cas.

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ SECONDAIRE. — DÉMENCE HALLUCINATOIRE.

Caractères cliniques. — Erreurs des sens très nombreuses; désordre intellectuel avec conservation relative de la conscience; idées brusques, humeur changeante, impulsions subites; ou bien humeur indolente, avec excitation intermittente, n'ayant pas de motif apparent, ou dépendant des hallucinations; la conscience se détruit, et enfin le Moi se résout en groupes d'idées variées qui se contredisent et disparaissent sans règle fixe. Faiblesse psychique portant sur tous les territoires et augmentant d'une manière progressive. Marche chronique rémittente, avec exacerbations; enfin démence complète.

Symptômes. — Le délire systématisé secondaire se développe sur les formes de délire systématisé primitif aigu et chronique (y compris les formes de stupeur avec hallucinations) et sur certains états de délire systématisé mélancolique (voir plus haut). Les malades sont de plus en plus absorbés dans leurs idées délirantes, et leur perception obscurcie devient toujours plus défectueuse. Leur attitude est indolente; ils restent immobiles, les mains dans les poches, la casquette sur la tête; ou bien ils vaguent partout, indifférents. Ils rient ou parlent seuls; ou bien ils prennent une foule d'attitudes bizarres qu'ils gardent longtemps, comme pétrifiés, malgré tout ce qu'on peut leur dire, ou encore ils semblent chercher une attitude; ils agitent la tête et le corps, gesticulent de toutes manières en agitant les bras, les doigts; ils grimacent, etc... Leur tenue est extrêmement négligée; sous l'influence de leur délire ils se souillent en manipulant des crachats, des excréments. Ils parlent rarement, et souvent ne peuvent pas répondre aux questions les plus simples, ou répondent toujours par les mêmes phrases. Leurs paroles sont si peu cohérentes que cela est un signe clinique des plus caractéristiques. Souvent ils répondent constamment oui; ou ce sont toujours les mêmes mots qu'ils profèrent brusquement et hors de propos. Le plus souvent, leur discours n'a pas de sens; ils déplacent les syllabes et inventent des mots étranges. Certains malades n'aiment pas à parler et s'excitent si on leur adresse la

parole; d'autres bavardent constamment en répétant sans cesse des mots confus. Ils sont indifférents, très souvent aussi excités et sombres, fréquemment dominés par leurs hallucinations. Dans les stades ultérieurs, l'humeur n'est plus influencée par les hallucinations, et l'on ne peut en comprendre les changements. Les pensées sont nulles et incohérentes; le Moi passe par toutes les métamorphoses, souvent d'après des idées délirantes survenues par l'effet du hasard. Parfois cependant, on ne peut rattacher à rien les différents personnages que le malade croit représenter; il est mort, puis il est vivant de nouveau; il a vécu il y a mille ans; il est le Messie, le bienfaiteur du monde; et en même temps il continue une occupation journalière quelconque. Il a une perception très erronée de l'entourage, et, dans ses perceptions, toutes les contradictions et oppositions vivent en bon accord. Pourtant, quelques groupes d'idées isolées restent intacts, surtout les impressions fortes et régulières dues à la règle de l'établissement; le malade peut encore avoir quelques occupations modestes dans la vie réelle, se faire comprendre et se rendre utile sur ce terrain limité. Quelques-uns savent garder quelques relations avec le monde extérieur. Beaucoup de malades sont, à certaines périodes, assez sociables et peuvent avoir des conceptions plus nettes; à d'autres périodes, ils n'ont plus aucune direction, se perdent dans leurs réponses aux questions les plus simples, se contredisent, extravaguent, et ne sont plus capables que d'un radotage confus. Dans les bonnes périodes, ils laissent voir le chaos de leurs illusions si multiples et des sentiments les plus anormaux; on reconnaît chez certains d'entre eux des idées démonomaniaques; ils ressentent dans toutes les régions possibles du corps la présence des esprits du mal. D'autres se défendent contre toutes sortes de sensations fausses, dont ils cherchent à éviter la douleur par des mouvements qui paraissent absurdes : ils s'étirent, crachent, se frottent. Parfois on observe des accès d'angoisse intercurrents, ou bien des paroxysmes maniaques avec violences impulsives contre les autres ou contre le malade lui-même. Le délire systématisé religieux avec hallucinations, à cette période secondaire, présente aussi des paroxysmes avec violences contre soi et refus d'aliments. Peu à peu la déchéance intellectuelle devient plus profonde, tantôt d'une manière continue, tantôt par des aggravations périodiques, et se transforme enfin en démence apathique, où les hallucinations toujours plus confuses et les actes réflexes violents restent fixes et persistants; mais, assez souvent, hallucinations et réflexes disparaissent dans l'apathie de la démence.

DÉMENCE PROPREMENT DITE.

La richesse infinie des formes cliniques ne permet pas une description complète de types distincts. Nous les décrirons en leur place; ainsi la démence catatonique, paralytique, des masturbateurs, etc..... Je ne dois donc décrire que les traits généraux caractéristiques, tels qu'on les voit dans beaucoup de cas; chacun de ces cas présente des variétés nouvelles et de nouvelles combinaisons, et dans l'ensemble on voit encore dominer cette distinction étudiée au début, de la faiblesse psychique à forme irritable et à forme torpide. Nous distinguerons, par suite, une démence versatile et une démence apathique ; notons encore que certains traits de détail de l'une et de l'autre forme se trouvent aussi réunis dans le même cas et que, en clinique, on a rarement affaire à une forme pure. Parmi les affections primitives auxquelles succèdent, comme stades terminaux, ces deux formes de démence, on trouve les mélancolies simples, puis toutes les manies (simples et périodiques), et la démence primitive ; parfois aussi ces démences terminent certaines variétés de délire systématisé, en particulier, le délire des persécutions chez les masturbateurs.

Symptômes généraux des affaiblissements psychiques. — A. **Conscience et fonctions intellectuelles.** — Le trait principal, le symptôme pathognomonique, est un affaiblissement plus ou moins profond de toutes les facultés psychiques. Le malade n'est pas plongé dans la stupeur ou absorbé par ses hallucinations; il n'est pas dans un état de rêve, mais il est diminué intellectuellement, et, au degré extrême, il n'a plus qu'une vie végétative, la vie psychique étant éteinte. Le jugement et la compréhension sont surtout très affaiblis, souvent au point que toute appréciation claire et exacte est impossible ; toutes les opérations intellectuelles sont altérées ou supprimées. Parfois, au contraire, la conception est trop confuse pour qu'il puisse se produire un jugement (même dans des limites étroites). Le malade ne peut plus suffire, dans les degrés les plus avancés de démence, aux conceptions simples de la vie ordinaire. Enfin, les idées même les plus simples se perdent, s'obscurcissent jusqu'à disparaître ; il ne reste plus qu'un amas de conceptions sans lien. La conscience se fragmente et se dissout : les associations d'idées sont défectueuses, et il n'y a plus qu'une juxtaposition quelconque d'idées, sans conception générale qui les unisse.

Exemple du style de ces malades : Il faut craindre Dieu, parce qu'il faut aller à l'église. Il faut honorer ses parents, parce qu'ils frappent. On a besoin du nez parce qu'il est au milieu du visage ; etc....

La mémoire subit un affaiblissement analogue, mais parfois elle est conservée partiellement d'une façon remarquable, par exemple pour le calcul. Les phrases du malade sont entrecoupées, incohérentes, ou monotones; dans les cas les plus légers, ou plutôt dans les stades

initiaux et parfois pendant des années, le malade peut encore s'exprimer d'une façon suffisante, mais seulement sur certains sujets; encore est-il inférieur à lui-même et se trouve-t-il bientôt embarrassé. Beaucoup de malades ne parlent pas, ou ne répondent qu'à des questions qui suggèrent la réponse; et c'est plutôt le hasard que la réflexion qui dicte ces réponses. Ils disent seulement oui ou non, parfois ils n'emploient que l'un de ces monosyllabes. D'autres n'éprouvent absolument plus le besoin de communiquer avec leur entourage; ils montrent de l'agitation et de l'anxiété si on leur adresse la parole, font des gestes embarrassés, se détournent, ou bien répètent la question (écholalie). Au point de vue de la forme des phrases, les mots se pressent de toutes les manières possibles; les malades font des ellipses, emploient les verbes à l'infinitif, ou parlent d'eux-mêmes à la troisième personne. Quant au sens de ces phrases, elles sont banales et plates, mais ne représentent pas des idées délirantes. Dans d'autres cas, on voit de temps à autre des restes du délire initial, démonomaniaque ou exalté; ou bien le malade parle, dans ses bonnes périodes, des fausses sensations qu'il éprouve, de sa haute mission ou de ses richesses. Le délire des grandeurs de la démence est toujours terne; c'est plutôt un jeu de l'imagination qu'une conviction ferme; par des questions suggestives, on peut souvent lui donner plus de largeur. Il est intéressant de noter qu'assez souvent les malades, pendant les bonnes périodes, parlent de leur ancienne faiblesse intellectuelle, dont ils se disent maintenant guéris. D'autres se plaisent à parler de cette faiblesse, et, du reste, s'expriment avec indiscrétion et sans aucune retenue. Plus la démence est profonde, plus leurs discours sont tronqués; enfin ils se réduisent à certaines phrases, à certains mots, ou cessent tout à fait.

B. **Humeur et volonté.** — L'humeur est représentée par une indifférence apathique, et ce caractère est assez net pour faire reconnaître l'état psychique. La diminution des sentiments affectifs est ce qui caractérise le développement de la démence succédant aux formes primitives; le délire persiste, mais il n'a plus de retentissement sur l'humeur du malade. L'apathie augmente à mesure que la démence progresse, elle se termine par une immobilité morale et une indifférence absolues, les sentiments les plus intenses ayant disparu. Le sens moral est surtout oblitéré; les sentiments altruistes disparaissent et font place à un égoïsme étroit qui ne recherche plus que les plaisirs sensuels les plus bas. Enfin, ces sentiments égoïstes s'affaiblissent et le malade reste indifférent à la faim, à la soif, à la chaleur, au froid. Il passe toutes ses journées dans la même indifférence, sans espoir, sans volonté, sans plaintes, sans douleur. Mais ici on rencontre tous les degrés; chez beaucoup de déments avancés on

retrouve, pendant un temps assez long, certaines tendances de leur ancienne vie morale ; on voit se conserver certains sentiments religieux, ou de petites passions qui peuvent, comme chez les enfants, se manifester avec une certaine violence ; mais ces sentiments ne sont pas capables de développement, et finissent par devenir obscurs et confus. D'autres malades sont très sensibles aux événements graves ou douloureux ; mais l'impression ne persiste pas. Tantôt ils sont gais, de bonne humeur, tantôt agressifs et excités, sans motif apparent ; ils entrent dans de violentes colères, et ont, assez souvent, des accès de fureur. Parfois ils s'agitent et ont peur de tout, craignent d'être tués, se sauvent et se cachent ; ils s'effrayent quand on les approche, jettent autour d'eux des regards anxieux ; leur visage est rouge ; quand on les interroge, ils ne peuvent pas dire les motifs de leur terreur. Assez fréquemment éclatent des actes de violence contre soi-même ou contre les autres. Dans tous ces états si multiples, et à tous les degrés de l'affection, on voit s'accentuer les désirs sensuels et les impulsions du même ordre, c'est le seul ressort qui mette en mouvement la machine intellectuelle ; parfois pourtant, qu'on leur laisse satisfaire leur gourmandise ou qu'on s'y oppose, l'indifférence est la même. L'appétit dégénère souvent en gloutonnerie, et le besoin sexuel se traduit par une masturbation éhontée ou par un attentat cynique. Ces deux impulsions peuvent devenir particulièrement perverses ; les malades avalent une foule de choses répugnantes, ou manifestent des désirs pédérastiques. On observe souvent des actes brusques, en apparence inexplicables, mais qui ont peut-être une cause physique : ainsi, ils se mettent nus, se frottent d'ordures, boivent de l'urine, mangent des excréments, etc... On constate parfois de la kleptomanie, périodique ou durable, et qu'on ne peut vaincre ; d'autres jouent avec le feu, etc... Du reste, toute la volonté est affaiblie ; les malades restent tout le jour accroupis à la même place, cherchent à s'asseoir dans le même coin ; ils demeurent immobiles, restent à l'endroit où on les a conduits, contractés dans la même attitude ; il faut les pousser, car ils ne se déplacent pas d'eux-mêmes. Telle est la physionomie des états *apathiques*. — Dans les états *versatiles*, au contraire, on observe une excitation psycho-motrice incessante et non coordonnée ; les manifestations volontaires se produisent, puis disparaissent brusquement. Si la même manifestation volontaire se reproduit souvent, elle finit par déterminer une sorte de pétrification, et ainsi se produisent les actes automatiques : le malade court pendant des heures, des jours entiers, dans le même chemin déterminé. Si l'on cherche à l'arrêter, on détermine souvent un accès de colère, de violence aveugle et sans mesure, de même que chez l'apathique à qui l'on adresse la parole.

C. **Symptômes somatiques.** — Les troubles moteurs n'appartiennent pas en propre à la démence simple. Quand ils se produisent, sous forme de convulsions ou de paralysies, il s'agit d'affections cérébrales avec lésions en foyer. Dans la démence, les altérations générales de la motilité sont surtout d'ordre psychique; ce sont des troubles de la physionomie, de l'attitude, des mouvements volontaires, qui n'ont pas été suffisamment étudiés dans leurs caractères et leur nature physio-psychologique. Nous décrirons les troubles moteurs de l'idiotie, troubles qui se retrouvent ici, dans la démence apathique avancée; nous ne parlerons que des troubles les plus importants, et nous ne les étudierons qu'au point de vue clinique.

La mimique et *l'expression de la physionomie* sont très variables, mais on retrouve toujours une certaine obtusion, un manque de vivacité remarquable; les mouvements mimiques sont paresseux et lents, ou bien, au contraire, sont précipités, confus, choréiques (V. *Démence catatonique et paralytique*). La tête n'est pas maintenue droite, et la nuque semble paralysée par la maladie ; la tête est fortement fléchie ou enfoncée entre les épaules. L'expression du visage est celle de l'abrutissement et de l'indifférence; les traits sont pendants, ou se contractent par intervalles pour exprimer la douleur ou l'amertume. D'autres fois, sous l'influence des idées délirantes, la physionomie s'anime; le malade rit niaisement, son front se plisse, ses yeux deviennent fixes ; le regard est tantôt étonné, stupide, tantôt fixé constamment au sol, ou se dérobant avec une expression méfiante. Parfois l'expression est celle de la curiosité ; le malade regarde avec étonnement, la bouche ouverte; ou bien enfin l'expression est celle de l'ahurissement complet. Quand on fait exécuter au malade un mouvement passif, on voit souvent les yeux se tourner automatiquement d'un côté, puis de l'autre. Les paupières sont maintenues fermées pendant des mois; on voit toujours au nez la goutte de mucus caractéristique, prête à tomber. La bouche, presque toujours ouverte, laisse écouler une salive très abondante et fluide. Sur le front, on voit toutes les formes d'acné ; la peau, à cet endroit, est souvent épaissie et empâtée. Les malades présentent parfois du strabisme passager ou durable, ainsi que des contractions rapides du visage, souvent d'un seul côté.

Dans les états apathiques, l'attitude est affaissée, l'action des fléchisseurs est prépondérante dans les membres. Certains malades sont, par intervalles, immobiles comme des statues, prenant parfois avec la malléabilité de la cire toutes les attitudes qu'on leur donne. D'autres se livrent à des gestes étranges; par exemple, ils lèvent très haut les jambes en marchant, comme s'ils voulaient franchir un obstacle, ou bien ils se courbent et se redressent dans toutes sortes d'attitudes bizarres.

Assez fréquemment on observe une hyperexcitabilité de la région plantaire, de sorte que, au moment où il pose le pied à terre, le malade relève brusquement la jambe, d'un mouvement convulsif. Au point de vue de la nutrition générale, on peut noter un empâtement de la peau, avec tendance aux éruptions et aux escharres. Quant aux fonctions trophiques, elles s'opèrent d'une façon très variable suivant les cas: tantôt les plaies guérissent

très difficilement, tantôt elles se cicatrisent avec une rapidité surprenante, On observe souvent du lanugo. Dans les stades ultérieurs de la démence, la peau devient souvent sèche comme du parchemin, s'atrophie et se desquame. L'innervation vaso-motrice est toujours très troublée, et il existe une tendance à des paralysies croissantes (cyanose et refroidissement des extrémités, avec œdème). Le pouls peut présenter des pulsations faibles et précipitées. Dans l'urine, on constate une diminution de l'urée et des chlorures (en tenant compte de l'alimentation).

La *sensibilité*, dans les périodes avancées de la démence, est toujours diminuée, surtout la sensibilité à la douleur; de gros furoncles passent inaperçus du malade. Ce qui est remarquable, c'est la suppression de l'excitabilité et de la sensibilité à certaines périodes, et la suppression seulement partielle, de sorte que les malades sont insensibles à beaucoup d'agents, et ne craignent que le froid, par exemple.

TYPES CLINIQUES.

1° *Démence secondaire versatile.* — Elle peut succéder aux stades primitifs de toutes les formes, très souvent à des démonomanies non guéries, accompagnées d'une excitation anxieuse; et, assez fréquemment, on retrouve quelques traces du délire primitif. Ce qui est caractéristique, outre les symptômes généraux de l'attitude et de la physionomie, c'est une mobilité incessante et une agitation inutile, au point de vue psychique et moteur. Les malades errent de tous côtés, s'agenouillent, embrassent les personnes et les objets, ne restent jamais immobiles, même quand on leur parle, ou pendant qu'ils s'occupent, font des efforts inutiles et contradictoires. Le caractère moral est faible et puéril; les malades s'épuisent en souhaits, en prières et en plaintes qui n'ont aucune signification réelle. Même la crainte du démon, qui se montre par intervalles, ne correspond pas à une émotion profonde, car elle se manifeste seulement par quelques paroles puériles, sans autre réaction morale. Le trait fondamental est une indifférence continuelle; on fait du malade ce qu'on veut; il ne montre jamais un sentiment d'une certaine intensité; il n'est jamais emporté ni violent, mais toujours paisible et obéissant. Les affections antérieures ont disparu ou sont considérablement diminuées; aussitôt que le malade a témoigné un intérêt quelconque, il l'oublie, et passe à un souhait, à une demande, ou à une récrimination sans fondement. Souvent il reste assez longtemps soigneux de sa tenue. Il est extrêmement distrait; il a peine à fixer son attention un seul moment; aussitôt ce sont des gesticulations, des remarques niaises; mais s'il peut remarquer réellement une chose, on retrouve, dans cette perception, la faiblesse de la pensée, la confusion, et l'incapacité de concentrer l'intelligence sur un point

déterminé. Le langage traduit une foule d'idées incohérentes, qui sont des restes du délire ancien, en même temps que des réminiscences et des perceptions du moment; le malade n'exprime que des souhaits, des plaintes, des convoitises; c'est un tourbillon confus où une idée chasse la précédente. Il reste étranger à tout ce qui se passe autour de lui, ne connaît pas, au bout de plusieurs mois, les personnes qui l'entourent, a perdu la notion des personnes et des lieux. Souvent on constate des erreurs des sens. La marche est la suivante : état stationnaire ou terminaison par la démence apathique.

2° *Démence secondaire apathique.* — Les types cliniques sont ici tellement nombreux qu'il est impossible d'en décrire un type général. Chaque cas individuel a des caractères spéciaux. Il n'y a pas de formes plus diverses et plus compliquées du syndrome « faiblesse intellectuelle » que ces démences qui paraissent si uniformes. La marche même est très variable; il est rare que l'état stationnaire soit durable; c'est plutôt une marche lente et progressive vers des états inférieurs. On observe très souvent des modifications périodiques, qui alternent d'une façon plus ou moins régulière; ainsi, l'on voit souvent des phases de torpeur plus prononcée alternant avec une vivacité relative. Dans la première période, le malade erre de droite et de gauche, indifférent; ne répond pas, ouvre de grands yeux stupides; laisse échapper l'urine et fait sous lui; dans la seconde période, il est plus sociable, plus facile à diriger, plus animé; il est propre, et quelquefois il adresse la parole à ceux qui l'entourent. Cette forme alternante peut être constituée par des périodes d'hébétude et d'excitation à forme maniaque; dans les premières, on retrouve la forme apathique ordinaire; dans les secondes, le malade est agité, sa physionomie est contractée, son œil brillant; il court de côté et d'autre, heurte violemment les portes; il est inabordable, insociable, très facile à irriter, parfois emporté et violent. Tous ces états constituent les nuances variables de la démence fondamentale, d'après leur durée, leur intensité et leur succession; tantôt les différentes périodes se suivent sans ordre, tantôt on trouve une certaine régularité; la phase d'excitation peut éclater brusquement, ou bien être amenée progressivement. Souvent les paroxysmes ont une marche progressive et régulière.

Dans une de nos observations, le malade était d'abord irritable, insupportable, d'une paresse invincible; le pouls, d'ailleurs fréquent en temps ordinaire, devenait plus rapide et plus plein; la tête se congestionnait, le front devenait rouge foncé et se couvrait d'une foule de boutons d'acné et de pustules; le malade parlait encore, et avec une certaine justesse, mais il s'impatientait vite quand on le questionnait. Par une transition plus ou moins brusque, il arrivait à un deuxième stade *de rire;* il ne parlait plus,

riait immodérément et presque sans s'arrêter ; les phénomènes congestifs persistaient, il se produisait une inflammation catarrhale oculaire, nasale, pharyngienne et bronchique. La fréquence du pouls diminuait, et le malade, au bout de quelques jours, passait dans un troisième stade, de stupeur. Entre ce stade et le stade de rire, cet homme montrait parfois des emportements brusques, brisait des carreaux, marchait derrière les talons d'un autre malade, le suivant partout où celui-ci voulait aller. Bientôt il restait presque sans connaissance, devenait d'une pâleur cadavérique, les yeux hagards, les traits pendants, le visage exprimant une vive angoisse. Il restait assis, immobile comme une statue ; il se laissait déshabiller et habiller, nourrir ; il était malpropre. Le pouls tombait à 60, devenait plein et fort ; brusquement ou d'une façon progressive, le malade sortait de cette apathie, et l'état ancien se reproduisait. Le pouls montait à 80 pulsations, devenait petit et dépressible ; les inflammations catarrhales disparaissaient, la peau du visage reprenait l'aspect normal. Ces accès duraient de trois ou quatre jours jusqu'à trois et quatre semaines. Ils se sont rapprochés de plus en plus ; dans les phases de stupeur, on notait des hallucinations terrifiantes.

La marche de la démence présente assez fréquemment des *améliorations* très satisfaisantes, où le malade s'intéresse de nouveau, dans une certaine mesure, à ce qui l'entoure ; il devient abordable, sociable, et peut, s'il est convenablement dirigé, être occupé utilement à des travaux simples. Ces améliorations durent des années, se voient même dans des états profonds de démence ; mais très souvent aussi ces éclairs lumineux s'éteignent dans l'hébétude.

Après un délire démonomaniaque ou mélancolique, il se produit souvent, par intervalles, des *accès d'angoisse* dont il faut tenir grand compte. Brusquement le malade repousse ceux qui veulent l'approcher, promet tout ce qu'on ne lui demande pas et non ce qu'on lui demande ; refuse avec obstination les aliments, fait quelquefois des tentatives sérieuses de suicide. Dans ces paroxysmes, certains malades font mille contorsions bizarres ; ils se rejettent brusquement en arrière, contractent les lèvres d'une manière rhythmique, remuent de la même façon les yeux et les paupières, poussent des cris farouches. Si on les touche, même le plus légèrement possible, on détermine aussitôt un paroxysme terrible d'angoisse. Le mieux est de laisser les malades tranquilles pendant cette période, mais en les surveillant avec une attention scrupuleuse.

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement des états de faiblesse psychique secondaire se fait à peu près exclusivement dans les Asiles ; c'est dans ces affections que l'influence de l'Asile est particulièrement bienfaisante ; c'est surtout par les soins donnés aux incurables que ces établissements

sont utiles. Là, l'esprit le plus profondément atteint peut trouver une tâche modeste ; là, il peut conserver encore un peu de satisfaction de lui-même et d'amour-propre, en se rendant utile ; là, il prend encore part aux travaux communs, s'accoutume de nouveau à la réalité, reste ainsi membre de la société, et, dans cette seconde patrie, il trouve des occupations et des joies. Tels sont, dans les grandes lignes, les avantages et le but le plus élevé du traitement à l'Asile, qui reconstitue l'individualité. Le traitement somatique est aussi d'une grande importance ; l'art médical et la thérapeutique interviennent puissamment, par le moyen du régime et des médicaments, pour remédier aux troubles somatiques, à l'excitabilité émotive qui menace toujours de produire des orages psychiques dont le résultat est une décadence plus profonde ; pour éviter les accidents intercurrents, les congestions qui menacent l'existence cérébrale, et pour combattre les troubles de la circulation, de la digestion, les anémies, etc. Il n'existe pas de spécifique, bien qu'on ait, autrefois, attribué ce titre au phosphore ; les vrais médicaments sont : un régime convenablement institué, des occupations journalières (travail aux champs), et la direction donnée au malade par les soins intelligents et dévoués du médecin.

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ. — PARANOIA

GÉNÉRALITÉS.

Bibliographie. — **Généralités** *sur les idées délirantes :* Hagen, *Studien*, 1870. — *Ann. méd. Psych.*, 1881. — Magnan, *Arch. de Neur.*, 1881. — Spitzka, *Saint-Louis Clin. Rec.*, 1880, II, et *Journ. of mental sc.*, 1881. — Buccola, *Riv. sper.*, 1882. — Foville, *Ann. méd. psych.*, 1882 (*Idées ambitieuses*). — Raggi, *Arch. it.*, 1884.

Symptomatologie : Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 22 et 30. — Griesinger, *Arch. für Psych.*, 1. — Westphal, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34. — Hertz, *ibid.* — Schæfer, *ibid.*, 36 et 37. —Koch, *ibid.*, 36. — Leidesdorf, *Psych. Studien, Wien.*, 1877. — Tilling, *Psych. Centralb.*, 1878. — Merklin, *Thèse, Dorpat*, 1879, — Fritsch, *Jahrb. der Psych.*, 1879. — Krafft-Ebing, *Traité*, vol. II. — Kræpelin, *loc. cit.* — Weiss, *loc. cit.* — Morel, *loc. cit.* — Scholz, *Berl., klin. Woch.*, 1880. — Koch, *Irrenfreund*, 8. — Buch, *Arch. f. Psych.* 11. — Falret, *Ann. méd. psych.*, 1878. — Siegfried, *Berl. klin. Woch.*, 1881. — Mœli, *Char. Ann.* VII. — Amadei et Tonini, *Arch. ital.*, 1883. — Muhr, *Arch. f. Psych.*, 6 (*Lésions anatomiques*).

Délire des persécutions : Legrand du Saulle, *Délire des persécutions; discussion sur les hall. de la vue dans le délire des persécutions* (*Ann. méd. psych.*, 1881). — Kirn, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1867 (*Délire des persécutions dans l'ataxie locomotrice*).

Délire ambitieux : Ideler, *Le délire systématisé religieux*, 1847 ; *Essai sur la théorie de ce délire*, 1859. — Marc, *Traité; et Traités indiqués au début* (surtout Krafft-Ebing, Spielmann, Dagonet, Maudsley).

Délire systématisé aigu avec hallucinations : Meynert, *Jahrb. f. Psych.*, 1880 et 1881. — Kræpelin, *Influence des maladies aiguës*, etc. (*Arch. f. Psych.*, 11 et 12, *Bibl. complète*). — Mayser, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 42.

Délire systématisé des prisonniers : Moritz, *Casper Vierteljahrschr.*, 22. — Parrisch, *Journ. of Psych. med.*, 1852. — Schmidt's *Jahrb.*, 1862 et 1863. — Gutsch, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 19. — Delbrück, *ibid.*, 20. — Reich., *ibid.*, 27. — Köhler, *ibid.*, 33 (*Psychoses des prisonnières*). — Thomson, *Journ. of ment. sc.*, 1866 et 1870. — Nicholsen, *ibid.*, 1873, 74 et 75 (*Psychopathies des criminels*). — Bær, *Prisons, maisons de correction, système pénitentiaire*, Berlin, 1871. — Brierre de Boismont, *Les fous criminels en Angleterre.* — Sauze, *Ann. méd. psych.*, 21. — Hurel, *ibid.*, 1875. — **Hallucinations.** V. surtout : Hagen, *Erreurs des sens, Monogr.*, 1837, et *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 25 (*Bibl.*). — Emminghaus, *Psychopathol.*, p. 135. — Kandinsky, *Consid. critiques et cliniques, Monogr.*, Berlin, 1885.

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ PRIMITIF, CHRONIQUE ET AIGU.

Ce groupe pathologique considérable repose essentiellement sur un trouble primitif du fonctionnement intellectuel ; ce trouble est un arrêt ou une suractivité des facultés, accompagnée d'interprétations erronées (illusions), ou bien une scission du Moi, provoquée par l'apparition brusque d'erreurs des sens dont l'action est prédominante. Dans les deux cas, la genèse du processus morbide présup-

pose une imperfection du raisonnement, ou bien l'*affaiblissement* ou l'*absence complète d'examen* ou de *réflexion* (affaiblissement ou suppression des fonctions du cerveau antérieur, qui explique aussi la diminution de la faculté d'arrêt). Dans le premier cas, le Moi est conservé, quoique faussé par l'objectivation inconsciente de ce sentiment d'arrêt ou d'accélération; dans le second, le Moi est comme dans un état de rêve, parce que l'excitation pathologique des centres sensoriels remplit et domine la conscience; là, le trouble est, au point de vue psychologique, une illusion ou une conception fausse; ici, c'est un état délirant provoqué par des hallucinations.

La forme *chronique* est celle qui présente les caractères cliniques les plus nets, c'est donc elle qui doit être décrite comme type. A l'inverse de la mélancolie et de la manie, qui toutes deux, la première surtout, contiennent en elles-mêmes les éléments psychologiques de l'arrêt ou de l'accélération de la marche des pensées, le délirant systématique ne s'arrête pas au sentiment d'un élément étranger introduit dans la conscience, ou d'un agrandissement du Moi; il objective immédiatement, il cherche dans le monde extérieur une cause à ce qui se passe en lui; si ce raisonnement erroné peut se produire, s'il est psychologiquement possible, c'est que le délirant systématique ne s'arrête pas au sentiment d'arrêt ou d'accélération, mais qu'il va plus loin, et s'attache aux conceptions elles-mêmes : il y est *obligé* par la nature de l'affection cérébrale, la faculté critique du Moi étant affaiblie. En devenant consciente, l'idée détermine le besoin d'objectivation; dans ce raisonnement faux qui produit le délire, il s'agit d'un acte primitif de connaissance; l'illusion se fait « à l'état naissant, » comme une impulsion psychique inconsciente, bien que le besoin de trouver une cause explicative contribue à la former (voir plus loin). Lorsque ce premier acte illusoire de connaissance est accompli, le sentiment intérieur d'incertitude cesse passagèrement; mais il reparaît ensuite, jusqu'à ce que tout le délire soit organisé (V. *Idées délirantes*). Mais alors, quand l'esprit est en repos sur ce point, l'humeur peut être troublée secondairement, sous forme de dépression ou d'excitation; mais ces troubles, psychologiquement, ne sont que réactionnels et consécutifs. Le délirant systématique est dans une situation très différente de celle du mélancolique, d'après le développement psychologique, bien que les deux processus aient débuté de même par une anxiété inexpliquée, et qu'ils aient souvent le même point de départ psychique, par exemple une émotion. Le mélancolique se contracte, pour ainsi dire, devant l'oppression morale inexpliquée, et se courbe douloureusement sous le poids de ce fardeau; tandis que, dans le délire systématisé, le Moi accepte cet élément étranger, l'illusion pathologique, et sait désormais :

1° de quoi il s'agit ; 2° que cela fait partie de son existence même. Cette conclusion qui objective le sentiment douloureux, délivre le délirant systématique de l'angoisse, qui tourmente sans cesse et épuise le mélancolique (voir plus loin). Mais cette délivrance s'accomplit aux dépens de l'unité de la conscience ; le Moi se dédouble dans le délire systématisé ; au début, le malade sentait d'une façon confuse qu'il n'était plus le même qu'autrefois ; maintenant il est évident pour lui, quoique bien des choses restent obscures, qu'il obéit à une influence étrangère ; il sent que des forces étrangères et mystérieuses ont pénétré en lui. Cette conclusion qui s'est imposée à lui, s'est faite inconsciemment, et non à la suite de réflexions ; nous avons dit plus haut que l'examen faisait défaut ou était empêché par les idées délirantes intenses, dont l'irruption brusque dans la conscience, et la combinaison avec une sensation douloureuse ou un sentiment intellectuel, avaient causé l'objectivation.

Les deux processus supposent un amoindrissement de la faculté d'arrêt, dans le mécanisme psychique du délirant systématique, et un *affaiblissement avec irritabilité ;* il en résulte que la conception fausse qui s'introduit dans la conscience, y détermine une série d'associations que rien ne modère, tandis que, d'autre part, l'imagination, la production facile d'hallucinations (qui résulte de la résistance intellectuelle amoindrie) favorisent la production de l'objectivation erronée.

Si nous suivons dans la conscience ce processus ainsi développé, nous verrons que la connaissance nouvellement acquise, la conception délirante, portera tout de suite un grand dommage à l'ensemble intellectuel du malade ; celui-ci n'a pas seulement accepté une perception erronée. Mais en même temps que la conscience a reçu une conception *fausse*, elle a acquis une tendance à *fausser* les autres idées ; car la conception nouvelle fausse s'incorpore aussitôt aux autres, elle en impose au Moi, non seulement comme une idée nette, mais comme une idée qui lui explique ce qui s'est passé et ce qui arrivera ; elle prépare ainsi les pensées et les perceptions, et détermine la disposition de l'humeur. Une seconde conscience, qui, au début, est en lutte avec l'ancienne conscience, pénètre dans celle-ci et la décompose peu à peu ; de cette conscience ancienne il reste pourtant des vestiges, qui subsistent souvent pendant des années. Le délire systématisé chronique typique est caractérisé par ce qu'on appelle un trouble *partiel* de la conscience, à côté duquel les autres facultés intellectuelles peuvent être conservées saines ; dans la partie saine et dans la partie malade, dans l'ancien Moi et dans le Moi nouveau, une logique apparente subsiste. A part le cercle de ses idées délirantes, le malade peut conserver pendant longtemps la même aptitude et les mêmes lumières dans certains ordres

de connaissances, et défend avec la même énergie ses idées exactes et ses conceptions délirantes. Cette logique interprète tous les faits anciens, et compromet ainsi toute l'intelligence. C'est ainsi que *s'organise* le délire systématisé, qui devient le second caractère du malade (le Moi restant lucide). Les perceptions réelles et les conceptions fausses se combinent dans la conscience, pour laquelle elles ont le même résultat et la même valeur.

Cependant, l'ancien Moi n'est pas réellement conservé; au fond, le Moi nouveau s'établit à côté de l'autre, qui se laisse refouler et supplanter. En cela se montre la faiblesse psychique qui est propre à tous les délires systématisés; au début, le Moi ancien conçoit et pense d'après la direction nouvelle délirante, puis il s'efface de plus en plus devant les idées pathologiques; ainsi se dédouble plus ou moins rapidement l'avoir intellectuel. La personnalité ancienne se scinde, deux âmes habitent le même corps, deux personnalités existent dans la même cerveau. Dans une autre sorte de développement, le Moi pathologique gagne peu à peu sur le Moi normal, et l'ancienne personnalité est absorbée par la nouvelle. Mais ce développement ne s'accomplit pas sans déterminer des réactions (ordinairement des périodes alternantes de dépression et d'excitation). Dans d'autres cas, lorsque la réaction émotive est moins forte, le Moi, indécis et acculé dans ses derniers retranchements, cherche une issue; il s'appuie souvent sur ce qu'on appelle la *précision pathologique* du délire systématisé : il cherche à s'assurer vis-à-vis de lui-même et de l'entourage, que sa personnalité est toujours la même, qu'elle n'est pas modifiée; il en cherche constamment des preuves, pour qu'on ne le confonde pas avec d'autres individus. Mais cet effort pénible ne suffit pas toujours, et le malade croit être divisé en deux personnes, dont l'une est lui-même, et dont l'autre appartient à ses persécuteurs. (V. plus loin *Actes impulsifs*, dont quelques-uns, tels que la manie des recherches, tirent leur origine de ce besoin de vérification).

La *forme aiguë* est à première vue très différente de cette première forme au point de vue des symptômes. La conscience, conservée dans la forme chronique, est ici obnubilée; là elle était toujours présente, ici elle est alternativement lucide et obscure, mais la lucidité n'est jamais parfaite, en tout cas jamais durable. La logique, le raisonnement paraissaient épargnés, ici la systématisation fait défaut; les erreurs des sens changent constamment et les interprétations varient comme les phases d'un rêve. Là, l'humeur était durable, sous forme de dépression ou d'exaltation; ici, au contraire, elle est inconstante, et les dispositions les plus variées se mêlent et souvent sont contradictoires. La différence essentielle consiste en ceci, que dans la forme aiguë il y a une production énorme d'hallucinations, d'idées, de dispositions d'humeur et d'actes impulsifs soudains; tandis que dans la forme chronique les erreurs des sens et

les interprétations délirantes sont moins nombreuses, sont conscientes, et d'une intensité égale. Dans cette dernière forme, tout rentre dans un système (délire de persécution ou délire expansif), la nuance du délire reste la même ; dans la forme aiguë, le Moi est privé de sa faculté directrice, se perd dans un chaos d'idées délirantes, d'impulsions, de dispositions d'humeur infiniment variables.

Cependant ces différences ne caractérisent que les cas extrêmes de délire systématisé chronique et aigu; il existe des cas intermédiaires, où se montre manifestement la parenté de ces deux formes. Le groupe important de la forme aiguë se trouve ainsi n'être autre chose que la répétition de la forme chronique ; c'est un délire de persécution, une interprétation délirante, avec erreurs des sens et raisonnement faux, qui ouvre la scène, les perceptions exactes étant encore possibles au début. En même temps que la conscience devient plus obscure, il se produit un délire expansif à forme mystique ou érotique ; le Moi est conservé, sans pouvoir distinguer les perceptions exactes des hallucinations, qui s'unissent et s'enchaînent systématiquement. Cet état représente le délire systématisé aigu par excellence. Parfois cet aspect clinique se maintient, mais il peut aussi être changé, comme il arrive dans le cas d'affections aiguës et fébriles : les hallucinations deviennent prédominantes, sont variables, et l'on a affaire alors à un des cas extrêmes dont nous avons parlé. D'autre part, la forme chronique présente souvent des exacerbations qui ne sont autre chose, pour la forme et pour le fond, que le délire systématisé aigu avec hallucinations ; le début surtout de la maladie présente cet aspect. Le délire systématisé aigu, s'il ne guérit pas, devient une forme chronique avec hallucinations et systématisation partielle. Toutes ces transitions montrent que la différence remarquée tout d'abord n'est pas essentielle, et que ces formes variées sont cependant voisines. Les cas extrêmes ne sont pas aussi différents les uns des autres que la manie grave ne l'est de la manie douce; et pourtant ces deux variétés de manie appartiennent au même groupe clinique.

Une analyse minutieuse montre des différences entre tous les cas qui rentrent dans ce groupe si considérable de psychoses, je dirai même dans ce groupe qui est le plus grand de tous ; aussi des cas intermédiaires doivent-ils être distingués dans ce groupe si vaste du délire systématisé. Les cas chroniques se rapprochent autant, au point de vue des symptômes, du délire systématisé des dégénérés auquel ils empruntent assez souvent leur physionomie clinique, que les cas aigus se rapprochent des psychonévroses (mélancolie, et certaines formes de stupeur avec hallucinations). Ces relations doivent être signalées avec soin; ainsi l'on distingue en général très nettement le délire systématisé aigu de la mélancolie par l'importance médiocre du trouble primitif de l'humeur; car, dans la mélancolie, au contraire, ce trouble est un élément psychique qui produit la maladie, qui dure, et qui domine toute l'affection. Cependant le délire systématisé aigu contient aussi un groupe démonomaniaque qui ne présente pas seulement un sentiment déprimant intense (panophobie),

mais qui succède à un stade de dépression véritable, de diminution caractéristique du sentiment de la personnalité, d'illusions et d'hallucinations de nature triste. Il en est de même pour la stupeur; en général, la stupeur typique (*attonita*) peut être nettement distinguée du délire systématisé aigu, qui ne présente pas l'absence de perception et le manque absolu de volonté qui caractérisent la stupeur; mais, par contre, la stupeur avec hallucinations (la pseudo-stupeur) est évidemment unie à la variété de délire systématisé aigu dans laquelle l'intelligence est obscurcie avec phases passagères de demi-lucidité. On pourrait appeler cette forme la forme stupide du délire systématisé aigu, aussi bien que stupeur avec hallucinations; la genèse et la marche de l'affection le permettraient également. Ainsi l'on peut définir et concevoir tout ce groupe de délire systématisé aigu comme étant, en somme, la répétition de certaines psycho-névroses mélancoliques, maniaques et stupides, dans lesquelles la conscience serait *complètement troublée par le délire* (état de rêve).

On observe toutes les transitions du délire systématisé chronique vers le délire systématisé des dégénérés. Ces deux formes sont souvent voisines, et même quelquefois identiques, de sorte que la clinique ne fournit d'autre symptôme différentiel que l'absence ou la présence de « l'habitus héréditaire »; le développement est souvent tout à fait identique dans les deux cas. Des auteurs éminents (Krafft-Ebing) ont rangé dans les psychoses dégénératives le délire systématisé chronique (leur *chronische Verrücktheit*), c'est-à-dire notre délire systématisé chronique (*chronischer Wahnsinn*); pour moi cependant, malgré son incurabilité presque constante, il ne rentre pas dans le cadre de ces psychoses dégénératives, pas plus que la mélancolie chronique. La dégénérescence psychique peut, il est vrai, revêtir ce caractère de délire systématisé, et plus souvent que la forme des autres psychonévroses (qui devraient être alors des mélancolies ou des manies *périodiques*); mais il reste un nombre assez considérable de cas où, si les symptômes sont les mêmes, il n'y a pourtant pas dégénérescence. Avant tout, malgré la presque identité des symptômes, la *marche* de l'affection s'oppose à cette confusion : dans toutes les formes acquises de délire systématisé chronique, cette marche est *cyclique*, composée de phases différentes (maniaques, mélancoliques, etc.) qui se rapportent à des causes internes physio-pathologiques. Au contraire, la marche de la forme dégénérative est éminemment *stationnaire*, irrégulièrement polymorphe; tandis que le délire systématisé acquis se termine plus ou moins vite par la démence ou par une confusion totale, le trouble de la conscience reste partiel chez les dégénérés, chez lesquels un Moi normal et un Moi pathologique vivent sans s'exclure.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE DU DÉLIRE SYSTÉMATISÉ CHRONIQUE (TYPIQUE).

a. *Idées délirantes, leur genèse.* — Elles proviennent soit de l'intelligence (perceptions, mots, idées), soit de perceptions sensorielles de toute nature qui sont faussement interprétées : le Moi les conçoit faussement et les transforme d'après la disposition morale. On

peut donc, d'après la genèse, distinguer : 1° un délire intellectuel; 2° un délire sensoriel.

I. Le délire intellectuel (l'idée délirante systématisée) se développe comme l'idée mélancolique ; dans la mélancolie, l'état moral pathologique, dominé par les impressions extérieures, détermine le besoin d'expliquer l'oppression douloureuse et la conscience surchargée de pensées ; c'est un sentiment douloureux dont l'explication est cherchée par le malade ; dans le délire systématisé, le délire se développe tout d'abord dans l'intelligence, sous l'impulsion d'une idée (ou plutôt des sensations psychiques ou névralgiques qui l'accompagnent) ; le sentiment que l'existence du Moi est menacée détermine la perplexité, qui, avec le vide senti dans la conscience, produit une conclusion précipitée (voir plus haut), et le Moi menacé trouve un salut apparent dans l'acceptation de l'idée délirante. Cette agitation intérieure, d'où est issue l'explication, s'accroît ensuite et devient une tension psychique constante.

La différence psychologique essentielle entre les deux sortes d'idées délirantes est la suivante : dans le délire systématisé, le délire est établi *d'emblée* (si même il était général et vague au début) ; dans la mélancolie, au contraire, le délire est secondaire ; là, il est un élément essentiel, indispensable, ici, il est accidentel, et peut souvent manquer. Ce délire une fois créé soulage le malade, dans le délire systématisé, par l'explication qu'il apporte ; tandis que, dans la mélancolie, c'est une explication qui ne fait qu'ajouter une douleur nouvelle.

Dans l'édification du délire intellectuel, cette tension intérieure joue le rôle actif. Le Moi perplexe s'appuie inconsciemment sur une perception explicative, il *pressent*, et prépare lui-même toutes les perceptions qu'il cherche. Sans qu'il s'en doute, et sous l'influence de cette hyperesthésie de l'attention, le Moi transforme en perceptions puissantes et claires toutes sortes d'idées vagues et obscures, et, lorsque l'objectivation délirante est commencée, il s'aide des faits observés et des faits les plus éloignés, pour tâcher de combler la lacune intérieure dont il a conscience ; tout finit ainsi par être interprété, et par prendre une signification spéciale. Dès lors, le Moi ne se doute pas que toutes ses *découvertes* sont tirées de son propre fonds et que ses explications montrent seulement un délire intellectuel *entièrement constitué*. Ce délire peut comprendre des idées scientifiques ou vulgaires (voir plus loin). Il s'approche toujours davantage des idées les plus élevées, sur lesquelles repose la personnalité ; les idées délirantes tendent à se confondre avec ce groupe d'idées, et parfois cette confusion se fait brusquement, ou peu à peu.

Souvent, lorsque l'idée délirante est par trop en contradiction avec les idées anciennes, il se produit une réaction morale qui pousse sans cesse à la vérification constamment répétée de cette idée nouvelle ; mais cette lutte contre l'idée délirante se termine par le triomphe de celle-ci, parce que la critique et la réflexion étant affaiblies, elle sort plus forte de chaque combat (Voir le développement des idées obsédantes et des idées délirantes).

II. La genèse des idées délirantes est plus facile à comprendre lorsque l'excitation, portant sur les sens les plus élevés ou sur la moelle (hallucinations, hyperesthésies et paresthésies), agit sur le sensorium ébranlé (délire sensoriel). Ici, une impression brusque et intense, ou une sensation toute nouvelle produite par l'excitation spinale, fournit au Moi, plus ou moins vite, une explication. Parfois ce sont des excitations des centres sensoriels qui étonnent le Moi (nuages, flammes, sifflements); ces nuages lumineux, sans forme précise, se condensent en cercles colorés, en points sombres, en raies; ainsi se forment peu à peu des images, qui sont *interprétées* par le Moi déjà préparé à y trouver des symboles. Le malade *sait* maintenant ce qu'il doit fuir et ce qu'il doit rechercher.

Dans un certain nombre de cas, cette transmission de l'excitation aux régions sensorielles centrales ne se produit que secondairement : le trouble intellectuel primitif s'étend consécutivement aux centres sensoriels. Au contraire, dans certains cas, l'hallucination est primitive, elle domine et dirige absolument l'intelligence. Nous trouvons ici la même hyperesthésie sensorielle qui, au début, se présentait déjà sous la forme d'images sensorielles trop intenses. Quelque temps avant l'explosion du délire, les couleurs et les figures du monde extérieur apparaissent déjà au malade avec une intensité et une précision inaccoutumées; les sons qu'il entendait le pénétraient tout entier et lui paraissaient plus forts qu'autrefois. Quand il regardait des images quelconques, des tableaux, les figures lui semblaient avancer au-devant de ses yeux, et se mouvoir. Ces sensations exagérées et certaines sensations spinales toutes nouvelles déterminent maintenant une modification de l'humeur, une tendance hypochondriaque; cette dépression hypochondriaque vient encore affaiblir la réflexion déjà faible, et elle accélère la formation des interprétations délirantes de la sensation. Ainsi est créé le délire sensoriel. Toutes les sensations qui sont reçues dans les centres sensoriels reçoivent une signification absurde et délirante ; et elles sont ainsi obligé de confirmer des idées de grandeur ou de persécution. La nature des sensations agit aussi sur la nature des idées délirantes; une angoisse précordiale est interprétée comme étant une marque de la possession diabolique: les sensa-

tions utérines font croire à une grossesse (la malade est la sainte Vierge, etc...). Mais ces hyperesthésies spinales ne sont pas seulement centripètes (production de l'idée délirante), mais aussi centrifuges (elles rapportent à la périphérie le trouble central); certaines perceptions coïncidant avec des phénomènes nerveux brusques, une idée soudaine ou un souvenir, peuvent objectiver ces idées, de sorte que le malade ne les considère pas comme produites en lui-même, mais comme *venues du dehors*, comme introduites en lui par ses ennemis. Beaucoup de délirants systématiques ne distinguent que par ce critérium, les idées qui leur sont propres et les idées étrangères qui sont introduites dans leur esprit par leurs ennemis.

Pour le malade, le signe symbolique le plus important et le plus redouté, c'est le *mot* qui se présente sous la forme d'obsession, d'idée brusque ou d'hallucination. Le mot, qui, dans l'état psychique normal, représente la conception, qui est le centre d'une série d'idées diverses, devient, dans le délire systématisé acquis et originel, le point d'où divergent les idées délirantes, lorsqu'il concorde avec tel ou tel soupçon du malade; il explique ce que le malade soupçonnait, ou bien il frappe le Moi d'une sorte de stupeur, et lui impose de force une idée particulière. Quand l'affaiblissement psychique n'est pas très marqué, ce phénomène s'opère d'une façon logique; c'est le sens du mot qui s'impose au Moi; plus tard, les différentes syllabes du mot, le son particulier qu'il présente, éveillent des assonances analogues et par suite autant d'idées nouvelles, qui sont difficiles à comprendre, surtout chez les malades instruits qui parlent plusieurs langues.

Nature des idées délirantes. — Dans tous les cas chroniques de délire systématisé, les idées délirantes ont une tendance à se coordonner logiquement entre elles, à former un *système*. Les idées peuvent revêtir un caractère (*a*) hypochondriaque, (*b*) dépressif, (*c*) expansif.

Les *idées hypochondriaques* du délire systématisé se distinguent des idées hypochondriaques de la mélancolie, par leur absurdité et leur exagération; le délirant systématique objective ses sensations fausses et croit à la réalité des conclusions tirées par lui des troubles sensoriels qu'il éprouve (dysesthésie, anesthésie, hyperesthésie). Ainsi, il se plaint que ses os soient raccourcis, ses organes déplacés, qu'on lui ait enlevé certaines parties du corps, qu'on l'ait retourné, que ses organes soient passés de droite à gauche et inversement (V. *Délire cérébro-spinal*).

b. Quand les idées sont de *nature dépressive*, le malade se croit persécuté par des ennemis, qui sont tantôt des francs-maçons, tantôt des jésuites, tantôt des démons; on le persécute au moyen de l'électricité, du magnétisme, de substances chimiques; souvent elles résultent de certains trou-

bles de la sensibilité, dont le malade n'a pas eu conscience. Parmi les troubles spinaux, il faut citer en première ligne les anomalies de la sensibilité génitale ; les hommes se plaignent toujours qu'on s'attaque, pendant la nuit, à leurs organes génitaux; on leur vide les testicules ; des filles viennent se serrer contre eux ; les femmes se plaignent d'attentats à leur pudeur, d'attouchements obscènes; on les viole pendant la nuit, elles sont devenues enceintes, etc... Les hallucinations ont la même signification, elles ont un caractère pénible et souvent obscène.

Dans le *groupe expansif* (*c*), on trouve des idées ambitieuses, qui sont religieuses, érotiques ou philanthropiques. Le malade est investi de la grâce divine; il a été chargé de hautes missions; il est le Messie. Les idées érotiques se traduisent par des rêves de mariage : le malade a noué des relations platoniques ou sexuelles avec l'objet idéal de son amour. Enfin les découvertes et les inventions destinées à faire le bonheur universel, sont les types de la troisième catégorie des idées expansives. On observe aussi des hallucinations de même nature dans ce groupe. Dans le délire de persécution, au début, les hallucinations les plus marquées sont celles de l'ouïe; puis viennent celles de l'odorat, du goût, et enfin du toucher. Dans le groupe expansif et ambitieux, on trouve des hallucinations de la vue et de l'ouïe; celles-ci sont prédominantes.

Ces différents délires ne constituent pas des groupes cliniques nettement séparés, mais forment entre eux des combinaisons multiples. Dans le délire de persécution, les idées dépressives ont une existence à part, et dominent toute la marche de l'affection; dans le délire ambitieux, les idées expansives n'ont pas la même importance; dans certains cas, ces idées donnent à l'affection une physionomie durable, mais seulement dans les cas aigus et subaigus de ce groupe; ordinairement le délire systématisé ambitieux est précédé d'idées dépressives qui souvent forment même un stade bien net; puis, brusquement, le malade passe dans le stade expansif, et les idées expansives lui apparaissent comme une sorte de mirage ; vers la fin de la maladie, il est fréquent de voir ces deux formes se remplacer successivement. Le délire des persécutions primitif revêt parfois aussi, pendant son évolution, le caractère expansif, et présente des idées ambitieuses. Les idées hypochondriaques donnent plus rarement leur caractère spécial à un délire systématisé; souvent, elles constituent des stades particuliers des autres formes, surtout au début, parfois aussi, mais rarement, pendant la marche de ces affections. Par contre, on observe fréquemment vers la fin de la maladie, au moment de la convalescence, un stade hypochondriaque dans les formes constitutionnelles du délire systématisé (principalement dans la forme originelle). Ces idées sont tout particulièrement fréquentes dans les cas d'excitation sexuelle, et surtout dans l'onanisme.

En clinique, il est important de remarquer le caractère rémittent, avec exacerbations, des idées délirantes; elles peuvent apparaître, puis cesser pendant de longs intervalles; elles se présentent soit isolées, soit exagérées par des hallucinations intenses. Aussitôt après une de ces crises et parfois même pendant la crise, on peut voir la conscience s'éclaircir

passagèrement, et même on peut constater un jugement tout à fait normal; puis, brusquement, un nouvel épisode pathologique survient, qui ramène l'ancienne faiblesse psychique. Des affections fébriles interrompent parfois les idées délirantes; elles peuvent, comme on l'a vu dans certains cas de fièvre typhoïde, faire disparaître ces idées, et même amener la guérison. (Dans une de mes observations, un embarras gastrique fébrile fit disparaître un délire subaigu des persécutions, de forme grave).

b. *Conduite des malades.* — Les idées délirantes exercent une influence considérable sur la volonté des malades ; parfois cependant celle-ci ne subit pas complètement cette influence, et le trouble intellectuel ne se manifeste pas extérieurement, sauf dans les moments où le délire des persécutions, supporté silencieusement jusqu'alors, ou bien le délire ambitieux dissimulé sous des idées vagues de supériorité, se montre tout à coup. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, les actes et les idées délirantes vont ensemble ; la conduite traduit fidèlement le trouble intellectuel. Chez beaucoup d'autres malades, l'influence du délire existe, mais n'est pas aussi évidente, et il semble que l'acte et le motif soient séparés par un abîme ; l'action est correcte en soi et dans la forme, mais elle surprend, et souvent on ne peut s'en expliquer la cause. Un examen plus approfondi fait reconnaître cette cause, et montre que le motif apparent n'était pas le motif réel ; il révèle en même temps le délire ambitieux (bienfaisance exagérée), ou bien le délire de persécution (mesures de précautions contre des dangers imaginaires), ou encore, l'obsession du mot déterminant un acte en apparence raisonnable, mais au fond absurde.

Par exemple, un malade achète une foule de dictionnaires, et le motif n'en est pas le besoin de s'instruire qu'on aurait pu admettre tout d'abord ; en réalité, le mot obsédant était représenté par la syllabe « tic », laquelle s'était emparée du malade quand il a entendu prononcer le mot politique ; et cette syllabe est restée obsédante ; c'est pour s'en débarrasser que le malade a acheté tous ces dictionnaires, par suite de l'assonance : tic, dictionnaire.

Très fréquemment, surtout dans les stades ultérieurs, cette transformation des idées délirantes en actes impulsifs est sentie, consciente, sans que pour cela le malade puisse intervenir et l'empêcher. Parfois, il peut arrêter cette transformation, et il en éprouve une joie profonde. Certains se prémunissent contre leurs idées obsédantes, dont ils connaissent l'origine ; mais toutes leurs précautions ne sont pas toujours suffisantes, et le malade cède à des accès de violences contre son entourage qu'il injurie et malmène ; ce ne sont pas des actes voulus de méchanceté, comme on le croirait d'après l'apparence, mais une réaction forcée, les paroles et les actions sont

également machinales. Chez les natures énergiques, on observe assez souvent la résolution ferme d'arrêter cette impulsion pathologique; aussi ces malades peuvent-ils extérieurement sembler absolument normaux. Dans les stades avancés du délire systématisé, on remarque souvent des mouvements et des attitudes forcées, une contenance bizarre, et des contractions dont l'ensemble devient une mimique habituelle; ce sont là des obsessions psycho-motrices, ou plutôt les reproductions d'actes impulsifs autrefois accomplis, et dont le souvenir a été conservé par la substance nerveuse.

Il faut noter aussi la paralogie, la paraphrasie et la paragraphie, fréquentes chez les délirants systématiques. Ils inventent des mots, transposent des syllabes, composent de nouveaux signes d'écriture, modifient les lettres, soulignent certains mots avec soin, sans aucune raison, souvent donnent aux lettres des dimensions différentes, se servent d'encres de couleurs variées; tels sont les moyens symboliques fréquemment employés par ces intelligences lésées.

c. *État moral.* — Dans la majorité des cas, le malade est, au début, triste, absorbé, et surtout distrait; en même temps la conscience est obnubilée; il existe aussi une tension de l'intelligence devenue soupçonneuse et qui cherche au dehors une explication à l'état intérieur. Une inquiétude continuelle le pousse à abandonner ses habitudes et ses relations; sa famille même ne peut plus fixer son attention ni son affection. Bientôt il se livre à des raisonnements pénibles et sans fin, et la dépression augmente. Quand l'idée fixe devient perceptible et consciente, le malade est en proie à des sentiments d'hostilité ouvertement déclarés ou dissimulés, mais cela n'est pas constant. Contrairement à ce qui se passe dans la mélancolie, les *variations brusques et très marquées de l'humeur* sont très souvent le symptôme le plus frappant chez le malade, qui est encore réservé et très prudent dans l'expression de ses idées délirantes; tout à l'heure il était amical, bienveillant, appréciant exactement les choses, maintenant il est sombre, taciturne, insociable; il passe rapidement de la sensiblerie douloureuse à l'insolence et à l'excitation; par intervalles, il se montre mécontent de tout; chaque mot, l'expression des visages qui sont autour de lui, les gestes, les moindres faits, la gaieté des autres, tout lui paraît dirigé contre lui; on cherche à l'isoler, partout il ne rencontre que méchanceté. Même dans les stades de délire systématisé expansif, le malade n'est pas heureux; il paraît gai, joyeux, tout l'enthousiasme, mais l'excitation persistante de l'intelligence, qui ne permet pas le repos, qui produit des soupçons et des recherches continuelles, l'empêche de goûter une joie réellement profonde, et surtout durable. C'est seulement quand l'affaiblissement psychique commence, quand l'intel-

ligence se calme et en même temps diminue, que le malade goûte une satisfaction complète; c'est un sentiment expansif qui suit l'épuisement (on peut le comparer à la réaction galvanique exagérée que présente le nerf avant la disparition définitive de son activité — Arndt). Quant aux sentiments moraux, on trouve chez ces malades un égoïsme plus ou moins marqué, qui les isole du monde, détruit chez eux leurs anciennes affections, et endurcit leur cœur.

d. *Signes somatiques et causes physiques.* Les causes et les troubles somatiques sont peu marqués et n'ont rien de caractéristique. Le système vasomoteur qui présentait des troubles constants dans les états maniaques et mélancoliques, ne semble nullement atteint dans le délire systématisé chronique à marche tranquille; par contre, on y voit tous les troubles possibles de la sensibilité, aussi nombreux que les idées délirantes et les erreurs des sens. Le délire systématisé s'édifie, dans le plus grand nombre des cas, sur ce terrain déjà préparé et ces troubles de la sensibilité lui appartiennent en propre, en tant qu'il est une affection cérébrale (V. *Délire systématisé cérébro-spinal*). Les altérations de la sensibilité, douleurs localisées et dépression morale confuse, font naître et entretiennent le délire; les idées de persécution reposent sur ces sensations, qui, autrefois, avaient expliqué les premières attaques *extérieures* à la conscience soupçonneuse et recherchant les causes de l'état intérieur. Les différentes dispositions d'humeur sont déterminées aussi par ces sensations : une sensation de brûlure dans l'œil détermine l'écoulement des larmes; les larmes appellent la douleur, et la douleur, la colère. — Parmi les symptômes somatiques les plus importants (qui ont été l'origine périphérique du délire) citons les affections utérines, les troubles de la menstruation, les abus sexuels, les périodes critiques (puberté, ménopause), et surtout les états neurasthéniques observés chez les individus jeunes de l'un et de l'autre sexe qui se livrent à l'onanisme. Dans tous ces cas, l'affection qui porte sur la moelle lombaire, et la névrose spinale qui se généralise et dont l'origine est réflexe, sont une conséquence somatique, et en même temps une cause qui participe à la formation du délire systématisé.

Pour la production du délire systématisé aigu chez les prédisposés, les affections aiguës, et surtout celles du tube digestif, ne sont pas sans importance. La tare héréditaire joue un grand rôle, non seulement parce qu'elle produit une dégénérescence, mais surtout parce qu'elle détermine une prédisposition. Beaucoup de malades sont, du reste, intellectuellement et moralement, bien doués et bien développés.

La *marche* du délire systématisé est très variable. Dans la forme chronique, c'est une marche rémittente avec exacerbations; dans un certain nombre de cas, on obtient au bout d'un ou de deux ans une guérison progressive; mais, bien plus souvent, c'est une guérison avec lacunes psychiques. D'autres malades restent stationnaires pendant des années, et tombent peu à peu dans un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué. Les idées délirantes et

les hallucinations persistent comme caractères cliniques, mais elles deviennent de plus en plus familières à l'intelligence affaiblie (Délire systématisé secondaire, voir ce mot). Les réactions maniaques violentes (accès de fureur) ont une grande influence sur la marche, car chaque accès précipite la déchéance intellectuelle. La terminaison est une démence véritable, où l'on retrouve quelques vestiges des anciennes idées délirantes (voir les formes particulières). Certaines périodes critiques (ménopause) exercent une influence aggravante; quand la maladie a duré très longtemps, ce sont les processus organiques de la sénilité qui viennent modifier brusquement la marche (apoplexie et ses conséquences).

Certains accès présentent une marche *intermittente* très remarquable : la maladie revêt d'abord la forme du délire de persécution ou du délire ambitieux; le sujet redevient normal après un temps assez court, et peut quitter l'Asile, étant guéri ou amélioré (ces individus ne reconnaissent pas qu'ils ont été malades). Puis se produit une rechute, de durée plus longue; mais le malade peut encore guérir ou s'améliorer. Ce cycle peut être parcouru plusieurs fois, l'affection devenant toujours plus sérieuse et plus longue, et enfin incurable. La marche peut aussi se compliquer d'états de catatonie (V. *Délire systématisé avec stupeur*). Elle peut encore être modifiée ou abrégée par des complications individuelles, telles que le refus de nourriture dans le délire de persécution, les tentatives de suicide, etc...

TRAITEMENT.

Le délirant systématique chronique doit être traité dans un Asile pourvu de toutes les ressources nécessaires. Ce malade doit être introduit dans un monde nouveau, où il ne rencontrera pas les influences nuisibles du monde extérieur, où il trouvera tout ce qui peut lui être utile (occupations appropriées, travail aux champs, distractions intellectuelles); là, on peut faire succéder le repos au travail, surtout quand celui-ci est devenu insupportable au malade, par suite de son délire. Le délirant systématique est très susceptible et conserve au fond de son cœur tous ses griefs; aussi lui faut-il un traitement psychique prudent et bien pesé. Il ne faut pas contredire une idée délirante avant que le malade soit plus calme et qu'il ait accordé sa confiance au médecin. Il faut user de patience. Souvent, dans la convalescence, on peut, en retardant la sortie désirée, agir efficacement contre les derniers restes du délire; d'autres fois, la sortie achève de redresser, peu à peu, les erreurs délirantes; car la réalité vient les contredire, et le malade est maintenant capable de la bien concevoir. Parfois, mais rarement, le malade peut arriver à comprendre son délire; c'est déjà un résultat

très favorable, s'il peut oublier ce délire, ou, du moins l'ignorer. Dans un délire de persécution, il faut être très prudent, et penser toujours à une dissimulation possible. Quant aux médicaments, l'opium donne de bons résultats (injections de morphine), et favorise le retour du calme intellectuel, c'est-à-dire la disparition des idées délirantes. Il faut aussi tenir grand compte des symptômes somatiques (troubles de la nutrition et de la circulation; névralgies; affections utérines). Dans la forme cérébro-spinale du délire des persécutions, le médecin doit s'attacher surtout à combattre l'onanisme, qui est si fréquent. Contre les troubles de la sensibilité, on aura recours au bromure de potassium, à la morphine, à l'électrisation, à l'hydrothérapie, d'après les indications individuelles.

I. — FORMES DU DÉLIRE SYSTÉMATISÉ CHRONIQUE.

A. Délire des persécutions.

On peut distinguer deux types importants, mais qui se remplacent et se combinent souvent entre eux.

Type cérébral. — La maladie s'installe progressivement; lorsqu'elle se traduit par des troubles psychiques violents (excitation, hallucinations), ces troubles ne se produisent pas tout à coup dans une intelligence jusque-là normale (comme il arrive assez souvent dans certaines formes aiguës analogues), mais ils se développent sur un terrain déjà préparé. La maladie est souvent précédée par un simple état nerveux, ou par une dépression morale caractérisée. Parfois, une amertume concentrée, résultant de chagrins réels, une déception produite par un insuccès, doivent être prises en considération. Le malade paraît changé à ceux qui l'entourent; lui-même a conscience de cette modification, sans pouvoir se l'expliquer; c'est là, pour lui, une époque douloureuse, et, souvent même, il est en proie à des idées de suicide. Il est incertain, perplexe (plusieurs déclarent eux-mêmes qu'ils ne peuvent ressaisir leurs idées, qu'ils ne savent pas ce qui se passe en eux), d'où une méfiance croissante, et une tendance toujours plus marquée à l'isolement. Pendant ce repos apparent, et péniblement conservé, les malades se livrent à des raisonnements subtils et incessants, ou parcourent des livres de piété. Dès cette époque, il arrive souvent que le sommeil et l'appétit soient perdus sans retour; les malades maigrissent, se sentent mal à l'aise, et comprennent de moins en moins ce qui se passe dans leur intelligence. Bientôt, ils trouveront la solution de cette énigme par un raisonnement faux qui cherchera au dehors la cause de cet état

intérieur; la découverte de cette solution représente le premier pas dans la maladie bien caractérisée. Ils invoqueront une discussion violente, une émotion vive, en un mot, un de ces faits que chaque jour peut produire et fournir à ces malades irritables; maintenant, ils savent qui leur veut du mal; très souvent, leurs ennemis sont des Jésuites, des francs-maçons; d'autres fois, le souvenir d'un événement douloureux les met sur la trace de leur persécuteur (voir plus loin). Ou bien, un fait divers de journal, la physionomie moqueuse d'un passant, la façon dont quelqu'un tousse, rie, ou crache, fait comprendre au persécuté la cause de sa situation douloureuse.

Ce choix du persécuteur n'est pas toujours le résultat d'un hasard, mais il est plus souvent amené par un enchaînement logique de faits. Ainsi, un espoir longtemps caressé (un mariage, par exemple) fournit fréquemment la première idée délirante; le malade explique son insuccès en affirmant que l'on a fait exprès de le faire échouer; sa déception est attribuée à une machination dirigée contre lui; il en est averti par l'expression du visage de telle personne; et cette persécution lui cause un profond chagrin. Inversement, si une idée érotique vient éveiller, dans cet esprit prédisposé, une lutte entre le devoir et la passion, cette idée érotique peut devenir directement une illusion délirante; l'idée immorale qui l'a pénétré n'est pas assez intense pour déterminer une mélancolie, mais il l'objective, et l'explique par l'intervention d'une personne étrangère, d'un débauché qui lui a inspiré cette idée. Cependant, à côté de ces origines assez logiques du délire, on le voit aussi se produire d'une façon inconsciente et subite.

On se moque du malade, on l'espionne, on cherche à lui faire du mal, à lui faire perdre sa place. Ces interprétations délirantes sont plus tôt observées, lorsqu'il existe en même temps des erreurs des sens; ces erreurs se produisent spontanément, ou consécutivement à des excès alcooliques auxquels le malade s'était abandonné pour chercher l'oubli dans l'ivresse. Parfois ce sont des illusions élémentaires des sens, des sifflements dans les oreilles, des lueurs devant les yeux; dans d'autres cas, on observe tout de suite des hallucinations d'un ou de tous les sens. Certains malades, jusqu'alors simplement mélancoliques, peuvent, après avoir été tourmentés au milieu de la nuit par des hallucinations subites, accueillir une idée fausse et *s'éveiller délirants;* cette idée fausse se fixe et se développe systématiquement.

Les voix profèrent presque toujours des injures. Au point de vue de la genèse, il est intéressant de remarquer que, le malade ayant le simple souvenir d'un nom ou d'un fait, aussitôt les voix échafaudaient là-dessus les histoires les plus absurdes; d'autre part les idées du malade s'échappent et sont formulées par ses voix, au moment où il allait les exprimer lui-même. Dès qu'il pense à un objet, il le voit devant ses yeux.

Souvent aussi (et cela est très intéressant à noter) les voix produisent chez le malade « toutes sortes d'images, lui font voir des corps informes tels que des pierres, des morceaux de bois et de métal », et cela le remplit d'angoisse. D'autres croient « voir des voix bleues », et veulent les saisir; parfois, de violentes angoisses précèdent, pendant toute une journée, l'hallucination; elles disparaissent quand l'erreur des sens se produit, et reparaissent ensuite, avec une égale intensité, provoquées par l'hallucination même.

Dans une autre variété de développement du délire systématisé, la dépression morale du début n'est pas aussi marquée, elle semble en rapport avec la cause qui l'a déterminée, l'émotion, par exemple; et c'est une erreur brusque des sens qui fait comprendre au malade et à son entourage la situation où il se trouve. Dans ces cas, l'hallucination est, pour ainsi dire, le symptôme pathologique primitif; au début, le malade peut l'apprécier à sa valeur exacte, et elle disparaît pour un certain temps; mais elle revient bientôt (anémie croissante et insomnie); alors elle ne peut plus être jugée à sa vraie valeur par le malade, et elle persiste (le malade affirme que, lorsqu'il entend ses voix, il est absolument sourd).

Certains délires sensoriels primordiaux sont souvent remarquablement absurbes; ainsi le malade entend constamment prononcer ces mots : $3 \times 11 = 12$, ce qu'il interprète comme une grave offense.

Souvent l'intensité des voix est variable; tantôt elles parlent à l'oreille du malade, tantôt elles viennent de loin; dans ces cas, il les comprend à peine, bien qu'il les écoute avec une attention fatigante. Parfois, au contraire, quand les voix se rapprochent, elles deviennent tout à fait confuses.

Plus rarement, les hallucinations portent sur plusieurs sens, et sont tellement intenses que, pendant des heures et même des jours entiers, le malade est en proie à une brusque et complète confusion, et vit dans un monde chimérique; il assiste dans ces périodes à des spectacles bizarres, à des comédies, et il se livre à une excitation maniaque, ou bien tremble, en proie à une angoisse mortelle, en voyant qu'on veut l'écarteler, et que ses amis et ses bourreaux luttent, les uns pour le sauver, les autres pour le saisir et le martyriser.

Dans toute une série de cas, surtout lorsque l'organe cérébral était déjà anormal, cette phase de délire systématisé à forme dépressive aiguë ouvre la marche; puis, lorsque ces erreurs des sens multiples et changeantes se sont apaisées, l'affection entre dans le stade chronique, où la réaction est plus modérée.

D'autres cas débutent par une manie douce, par des plans continuels, du bavardage, une activité exagérée; mais, bientôt, cette phase expansive des premiers jours est arrêtée par les hallucinations persécutrices; celles-ci produisent de l'excitation, des accès de colère, et des moments d'angoisse terrible; le malade réagit souvent alors, contre les hallucinations par des actes anormaux, et parfois présente une fuite complète des idées; enfin le délire de persécution est complètement organisé.

D'autres cas encore ont un type *rémittent;* une phase de délire systé-

matisé aigu avec hallucinations de tous les sens (et souvent une réaction maniaque violente) est suivie d'une période de calme où la conscience est relativement lucide, mais où les idées délirantes persistent; après une rémission plus ou moins longue, de deux ou de plusieurs semaines, un nouvel accès de manie avec hallucinations éclate, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'enfin l'état chronique soit établi.

Quand le développement est *progressif*, un seul territoire sensoriel est ordinairement, le siège d'hallucinations, qui répondent aux méditations du malade, ou lui rendent compte des soupçons qu'il avait déjà formés. Le persécuté est victime d'une intrigue, on veut le supprimer; il entend les oiseaux qui l'avertissent, qui lui crient de se hâter (vite! vite!); à peine a-t-il pu éviter le poison qu'on avait placé dans ses aliments, dans son vin. Parfois, il réagit alors avec passion; il est sur le point d'accomplir des actes violents, ou bien il réclame avec amertume la protection de la police. Souvent aussi, il cache la découverte qu'il a faite, et cherche encore d'autres preuves qu'il ne tarde pas à trouver; l'intelligence est déjà imprégnée et préparée par l'idée délirante, aussi saura-t-elle la confirmer (V. *Généralités*). Les illusions et les interprétations délirantes se produisent alors, et les soupçons vagues sont maintenant prouvés; tout est changé, ensorcelé, amoindri, déplacé; tout lui montre qu'on voulait le vexer et lui nuire. Si, au début, c'étaient des perceptions sensorielles faussement interprétées qui appuyaient l'objectivation du délire, maintenant c'est le mot qui joue ce rôle, un mot entendu ou lu, un nom quelconque de rue, de ville, ou de personne; ce mot, il l'interprète d'après sa composition, d'après l'assonance, pour y trouver l'explication qu'il cherchait, pour fournir à son intelligence perplexe un point d'apui solide. Ainsi, soutenu par les erreurs les plus multiples des sens, par des interprétations délirantes et par toutes les conceptions du malade, le délire des persécutions se constitue et s'organise. Chaque observation nouvelle est introduite dans ce système; enfin, tout l'entourage est soupçonné, et les moindres faits prennent la plus grande importance. Le malade argumente de son mieux pour prouver qu'il est sain d'esprit, et il expose toutes ses sensations douloureuses pour établir qu'on lui fait du mal : « si je suis fou, j'ai cependant ma raison ».

Maintenant il est la victime d'un complot organisé contre lui; tout est calculé pour le martyriser et le faire courir à sa perte ; par des questions insidieuses, on cherche à l'induire en erreur; par des mirages trompeurs, on s'efforce de lui faire renier sa foi ; par des propos obscènes, on cherche à détruire sa moralité. On le prend pour tel ou tel individu, on lui attribue des actions infâmes ; on le soupçonne, on l'accuse de tous les crimes possibles; on le tourne en

dérision. Par tout ce qu'il ressent intérieurement, par tous les pressentiments sur lesquels il s'appuie, il arrive à comprendre son état intérieur, son malaise ; souvent il lui semble que le sol se dérobe sous ses pas, et il doute de son existence : est-il lui-même ou n'est-il pas une autre personne ? Cette situation peut se prolonger pendant des années, avec des périodes de calme relatif et d'excitation, auxquelles correspondent des dispositions morales qui sont tantôt de la défiance et de l'irritation, tantôt une passion extrême, tantôt enfin, une dépression gémissante et un désespoir infini. Parfois le malade est impérieux et indocile à toute discipline ; il excite les autres malades et intrigue sans cesse ; d'autres fois, il tombe dans une résignation et une indifférence passives ; pendant des semaines il se tient à l'écart, reste couché, muet, et refuse souvent aussi la nourriture avec un entêtement obstiné.

De même, l'intelligence est plus ou moins claire ou obscure. Par intervalles, le malade ne vit que par ses idées délirantes qui font partie intégrante de lui-même. D'autres fois, celles-ci s'atténuent, et il peut assez souvent décrire sa situation, soit en l'expliquant par des interprétations fausses, soit en montrant une conscience remarquablement nette de son affection ; mais il ne peut pas échapper aux idées et aux sentiments impulsifs qu'il subit. A certains moments, il semble plus raisonnable ; mais si on l'observe avec soin, malgré toute sa correction apparente on voit qu'il a préparé tous les actes de sa journée, qu'il a choisi son entourage, ses occupations, et qu'il a su éviter certaines choses ; ainsi, il manifeste souvent, d'une manière blessante, des sympathies ou des antipathies non motivées ; il refuse des lettres en prétendant qu'elles sont fausses ; il évite tout à coup ceux qui faisaient sa société habituelle, parce qu'on lui a adressé des plaisanteries méchantes ; ou bien il change de place, et il murmure des reproches, ou contracte son visage, comme s'il répondait à des railleries qui lui seraient adressées. D'autres fois, ce sont des accès d'angoisse mortelle qui durent toute la journée ; il cherche à se soustraire à ces terreurs ou se livre à des actes de désespoir.

Le délire de persécution, déjà développé, disparaît momentanément ou diminue d'intensité, quand on change le malade de milieu, par exemple quand on le place dans un asile d'aliénés. Certains malades recourent eux-mêmes à ces moyens de soulagement ; ils changent de résidence ; s'ils sont domestiques, ils se placent dans une autre maison ; et, arrivés dans un milieu nouveau, ils se trouvent tout de suite mieux, en tous cas ils sont moins tourmentés ; mais leur joie est de courte durée, car dès que l'excitation produite par le changement est apaisée, leurs ennemis les entourent de nouveau, les mêmes tourments renaissent ; leurs persécuteurs les ont suivis. Parfois, ils

obtiennent une rémission véritable pendant laquelle ils sont tranquilles plus ou moins longtemps, et peuvent reprendre leurs anciennes occupations. Mais si l'affection a rétrogradé, elle n'a pas disparu en réalité; le malade ne peut comprendre son état, ni corriger ses conceptions erronées; toute tentative faite pour le convaincre de ses erreurs l'irrite et le rend défiant.

Dans les cas favorables, le délire peut être peu à peu oublié, et les malades se rétablissent progressivement après avoir quitté l'asile; parfois, cette guérison est rapide, et le malade a pleinement conscience de son état passé.

Mais cette amélioration n'est pas toujours complète, et il est encore plus rare qu'elle soit durable. Ordinairement, la blessure se rouvre plus ou moins vite. Souvent, sous l'influence d'une émotion légère, un nouveau paroxysme éclate (le malade quitte son emploi, passe d'une ville à l'autre) jusqu'à ce qu'enfin, par poussées successives, séparées par des intervalles de tranquillité, l'état chronique soit définitivement établi.

Cet état pathologique permanent se manifeste : 1° comme un délire systématisé où le malade obéit à ses idées incohérentes et à des raptus non motivés. Les idées se pressent dans son esprit sans qu'il les évoque; par la brusquerie de leur apparition, elles ressemblent à des hallucinations; et elles sont, pendant des années, la cause de plaintes douloureuses, d'autant plus que le malade les attribue à des ennemis et les considère comme des vexations continuelles. Sous cette influence, il cède à des impulsions dangereuses pour lui-même ou pour ceux qui l'entourent.

2° Il se produit un délire systématisé secondaire, avec hallucinations et innombrables erreurs des sens; celles-ci portent successivement sur tous les sens; les étincelles, les flammes alternent avec l'apparition des formes les plus bizarres, qui ont toutes, pour le malade, une signification particulière; il éprouve aussi des hallucinations du goût, de l'odorat, du toucher (celles-ci sont surtout fréquentes dans les organes génitaux). Il vit dans un monde spécial, créé par son délire, monde céleste, infernal ou réel; les conceptions les plus étranges d'une imagination pathologique, les perceptions tantôt exactes, tantôt fausses et insensées, dominent absolument son esprit. Il recourt à une foule d'artifices pour chercher un soulagement à ses tourments, et ressemble, par moments, à un automate (il marche en avant, puis en arrière, décrit des cercles, balance et secoue la tête, se courbe complètement, se cache; se bouche les oreilles, les yeux, etc...). Assez souvent, aux idées de persécution viennent alors se joindre des idées ambitieuses (il a reçu la grâce divine).

Dans les Asiles, ces persécutés chroniques, après des années, et malgré leurs préoccupations constantes, peuvent rendre des services, et être employés à certains travaux; on a soin de leur éviter toute cause d'excitation; on leur donne des occupations qui leur plaisent,

et l'on peut quelquefois se féliciter des résultats obtenus en les détournant de leurs inquiétudes, et en tonifiant ainsi leur intelligence. Le délire s'affaiblit, l'humeur restant irritable au début; le malade s'excite dès qu'on éveille ses idées pathologiques; à part cela, il se conduit d'une manière tout à fait correcte. Mais il n'a pas une conscience nette de sa maladie; il souffrira tout plutôt que d'avouer ses erreurs. Par intervalles, des soupçons, des rêves qui ont l'intensité d'hallucinations visuelles, le confirment dans ses idées délirantes. Peu à peu, la réaction morale devient moins intense; le délire, s'il n'est pas rectifié, est du moins supporté par le malade; il s'enkyste pour ainsi dire, et permet aux parties saines de l'intelligence de fonctionner plus librement (voir plus loin). D'autres tombent dans un affaiblissement intellectuel croissant, avec confusion des idées et accès irréguliers d'excitation; à certaines périodes, ils s'excitent, crient, sont violents; ils cherchent à s'échapper (souvent avec une habileté qui contraste d'une façon surprenante avec leur affaiblissement psychique). Ou bien ils deviennent sombres par intervalles, refusent les aliments, et menacent de se suicider; ils se plaignent parfois de chaleurs à la tête, et de souffrances nerveuses. Par la suite, les souvenirs et les erreurs des sens donnent encore lieu aux idées les plus étranges; les conceptions les plus hétérogènes se présentent associées sans ordre, d'après leur nature ou d'après leur forme, ou bien par suite d'erreurs des sens, qui provoquent ces associations bizarres dans l'intelligence toujours plus rétrécie; les idées n'ont plus d'autre lien que le sentiment de persécution.

Exemple des plaintes de ces persécutés. — « On leur prend leur force; on leur tire le sang de la tête; on ne leur donne rien à manger; la nourriture ne les soutient pas; on leur vole leurs pensées; elles passent dans les pièces de bois que le malade scie, et tombent à terre sous la forme de sciure; dans ces morceaux de bois sont contenus des péchés capitaux; sa vie pousse et produit des bourgeons comme le bois; il prend part à la vie de la nature, mais cette relation est fragile comme le verre, etc., etc... » — Parfois on retrouve une certaine logique associant toutes ces idées emmêlées; les idées et les sentiments les plus bizarres se présentent comme des hallucinations réflexes produites par les impressions extérieures; par exemple, si quelqu'un crache auprès du malade, la salive lui tombe dans la tête; si son voisin boit de l'eau-de-vie, le malade sent une brûlure dans son estomac; le purin qu'il voit transporter dans les champs pénètre dans son cerveau; les porcs qu'il aperçoit lui mangent la cervelle; les vaches qu'il rencontre beuglent dans sa tête, etc...

On n'entend plus ces malades parler raisonnablement; ils altèrent la forme des mots, les accentuent d'une façon particulière; ils déplacent les syllabes et les mots; ils intercalent des mots pris à contre-

sens, font toutes sortes de répétitions, emploient certaines formules, etc. Ils sont tantôt apathiques, tantôt brusquement excités, et se livrent à des actes bizarres et même violents; ils ne s'intéressent ni ne prennent part à rien; souvent ils restent couchés pendant des semaines. Puis des périodes de tranquillité relative surviennent, pendant lesquelles ils peuvent s'occuper à des travaux physiques; mais elles sont de plus en plus rares.

Il faut indiquer brièvement ici la conduite de ces malades, dont nous avons déjà parlé, et qui se caractérise par la *dissimulation* et par la tendance à passer du rôle de persécutés à celui d'agresseurs, et à protester violemment lorsqu'on leur dit qu'ils sont souffrants, qu'ils ont besoin de se soigner. Ils se rapprochent des processifs, mais s'en distinguent par une activité beaucoup moins grande ; ils n'ont pas l'élément maniaque qu'on trouve chez les vrais processifs. Ils ne sont agressifs que si l'on fait allusion au trouble de leur intelligence; alors ils deviennent taciturnes, concentrés, puis cherchent des disputes, veulent avoir toujours raison, se montrent impérieux et hautains. Ils se renferment en eux-mêmes, s'isolent dans la crainte qu'on ne les accuse de commettre un acte déraisonnable; ils font des efforts contenus et constants pour cacher leur révolte et comprimer leur colère. Quand on ne les observe pas, leur figure se crispe, ils jettent autour d'eux des regards furieux; quand ils ne sont pas seuls, ils cherchent à s'isoler, et leurs lèvres esquissent un sourire ironique et contraint. Dans leurs relations, ils sont insociables, arrogants, toujours prêts à entamer des controverses, des disputes, et ne consentent pas à parler de choses indifférentes; ils reviennent sans cesse à la question de leur internement; demandent de quel droit on les a enfermés; parlent de leur lucidité intellectuelle, du droit qu'ils ont d'être libres, de leur indépendance, et concluent en blâmant énergiquement l'injustice qui leur a été faite. Les certificats médicaux et administratifs qui ont motivé leur entrée dans l'asile sont jugés par eux faux et sans valeur. Ces idées délirantes systématisées surtout *négatives*, si positifs que soient les actes et les dispositions d'humeur qui en résultent, durent pendant des semaines et des mois entiers; pendant tout ce temps, le malade ne profère pas d'absurdités et se conforme au règlement ; souvent, quand on ne l'observe pas, il rit silencieusement; il ne fait que des réponses railleuses quand on l'interroge sur ses hallucinations, qui cependant le troublent d'une façon manifeste. Sa prudence défiante et sa réserve repoussent invinciblement toute tentative faite pour pénétrer au fond de ses conceptions délirantes. Cependant la patience lui échappe, lorsqu'on refuse de croire à l'intégrité de sa santé : alors il s'emporte, devient violent, grossier ; pour se faire justice, il attaque des malades inoffensifs. Se croyant dans son droit, il ne se cache plus pour dire qu'il a supporté assez de tourments, et qu'il ne veut pas être toujours la victime de ses ennemis. Mais cette explosion de colère n'est pas suivie d'une régularisation dans la marche des idées; rien n'est changé, et l'humeur reste toujours hostile. Les relations du malade et du médecin sont les mêmes qu'auparavant; ni la douceur ni le raisonnement ne peu-

vent l'amener à faire des concessions, à se laisser convaincre. Souvent, on voit se produire des réflexes, des mouvements convulsifs de certains groupes musculaires, des cris soudains. Dans les cas favorables, l'humeur du malade peut redevenir plus douce, il est moins raisonneur, plus sociable ; d'un air très naturel, il prétend qu'il n'est pas malade, et qu'il est capable de vivre de la vie commune. On a souvent à se féliciter de satisfaire sa demande, et on réussit ainsi à faciliter la disparition du délire ; parfois la sortie produit cette disparition complète. Dans d'autres cas, le délire devient chronique ; le malade est alors une cause incessante de trouble dans l'Asile, et devient inabordable ; ou bien la résistance passive se traduit par un refus obstiné de nourriture, d'où résulte une faiblesse croissante ; et parfois, malgré l'alimentation artificielle, la mort en est la conséquence. Souvent apparaissent des accès d'angoisse intercurrents, qui s'accompagnent de stupidité et de rigidité musculaire ; le malade résiste ainsi jusqu'à sa mort, bien qu'il puisse avoir parfois une conscience tardive et partielle de son état pathologique.

Forme cérébro-spinale. — Cette forme débute ordinairement comme la précédente ; on observe, au point de vue psychique, une défiance universelle, et, physiquement, un état nerveux avec constriction de la tête et sentiment de faiblesse ; la perception et la conception sont pénibles ; il existe un état d'épuisement intellectuel, la suractivité alterne avec l'aboulie, et ces différents troubles provoquent des plaintes hypochondriaques.

Pour l'étiologie, il faut signaler la très grande influence des excès sexuels, et surtout de la masturbation, sur la production de ces troubles nerveux. Dans un grand nombre de cas, on peut employer cette désignation : *délire systématisé des masturbateurs*. Au lieu de la dépression hypochondriaque, c'est très souvent un stade mélancolique qui précède l'affection ; les malades s'accusent, avec larmes et désespoir, des péchés qu'ils ont commis, tantôt de leurs excès qui sont réels, tantôt de crimes imaginaires ; ils demandent à passer en jugement, et répètent éternellement l'aveu de leur culpabilité supposée. D'autres fois, la maladie débute par un délire de persécution à forme cérébrale accompagné ou non d'hallucinations, et dans lequel le malade croit que tout le monde a les yeux fixés sur lui (Beachtungswahn) ; les idées obsédantes sont nombreuses, souvent le malade se trouve contraint de penser à toutes sortes de choses cyniques et à des blasphèmes.

Parmi les symptômes nerveux initiaux, il faut signaler d'abord les troubles cardiaques (palpitations, constriction, contractions violentes ressenties par intervalles), des congestions vaso-motrices avec changements fréquents de la coloration du visage. La maladie se caractérise par l'apparition de sensations cérébro-spinales (paresthésies réelles, qui, interprétées par le malade, fournissent une base au malaise confus ressenti d'abord (persécutions physiques). Les idées sont

rapportées à telle ou telle place du corps; les bras et les jambes sont passagèrement immobilisés; les yeux, tantôt fixes, tantôt mobiles, ou tournés en dedans; le sens musculaire, qui mesure les contractions, est brusquement troublé : un bouton placé sur la main du malade lui paraît peser autant qu'un boulet de canon. Le soir, il se sent capable d'exercices musculaires violents; et, le matin il sent que « tous ses muscles sont coupés ». Le corps est parfois « léger comme une plume »; l'intelligence est tantôt alourdie, hébétée « comme dans le somnambulisme ». Ainsi débute habituellement cette affection. Puis, tout à coup, le malade trouve la solution de cet état énigmatique: dans la rue, il s'aperçoit qu'un passant le fixe, et en même temps, il ressent une secousse qui lui parcourt tout le dos et se propage jusqu'aux extrémités: il n'est pas douteux qu'on l'ait électrisé. Les passants cachent sous leurs vêtements des appareils magnétiques et électriques. Bientôt des courants galvaniques traversent son lit, et l'empêchent de reposer tranquillement; des étincelles le traversent brusquement, ou bien il ressent un choc soudain qui le secoue.

D'autres fois, des sensations sont éprouvées dans les organes génitaux, pendant la nuit; il semble aux malades qu'on veuille se livrer sur eux à des tentatives obscènes. Les femmes sentent qu'on cherche à les violer; leurs persécuteurs sont des hommes; parfois c'est un amoureux autrefois éconduit, que la malade n'a pas voulu ou n'a pas cru devoir épouser. Ou bien c'est le démon qui s'est introduit dans le corps de la malade; il réside dans telle ou telle région, dans le ventre par exemple, lorsqu'il existe des sensations anormales utérines, ou bien dans la région cardiaque, lorsque la sensation anormale réside dans les nerfs intercostaux, etc. Désormais, c'est le démon qui produit la sensation pénible et l'idée qui s'y rattache. Il comprime la poitrine de la malade en revêtant une de ses formes légendaires ou la figure d'une personne connue; il lui serre le cou, arrête ses pensées ou lui en inspire d'autres qui lui sont étrangères, ou bien il l'*isole* en lui fermant la bouche, en lui retirant la mémoire. Si l'on fixe le malade, il éprouve aussitôt une sensation douloureuse dans la région qui est le siège d'une névralgie; et inversement, lorsqu'il éprouve une douleur névralgique il sent qu'on le regarde fixement, qu'on veut lui prendre ou qu'on veut lire ses pensées. Lorsque la marche de ses idées s'accélère, il voit des étincelles électriques et ressent l'action des courants magnétiques partant des personnes qui l'entourent, et il attribue de plus en plus à ces personnes l'origine des sensations éprouvées par lui; ces personnes sont des amis ou des ennemis, suivant que les sensations sont agréables ou pénibles. Ainsi l'union de l'idée et de la sensation périphérique devient toujours plus intime et plus involontaire. Les dispositions

d'humeur varient de la même façon, elles sont tout à fait réflexes, et se traduisent souvent par des accès de colère et des violences contre les ennemis que le malade voit autour de lui. Fréquemment aussi, on observe des congestions vaso-motrices du côté de la tête; des chaleurs brusques montent du dos, de la poitrine, vers la tête, et « échauffent les pensées »; d'où résulte un vertige intellectuel, et le malade ne peut alors s'exprimer avec précision, ni conserver aucun souvenir isolé, parce qu'il est obligé de « réfléchir à tous les souvenirs qui sont voisins ». Il cherche un soulagement en exécutant tous les mouvements possibles, en piétinant, en se balançant, pour « s'efforcer de disséminer la chaleur dans tout le corps ».

Les sensations spinales deviennent de plus en plus nombreuses et se mêlent aux sensations viscérales.

Parmi les sensations les plus remarquables et les plus fréquentes, signalons des chatouillements douloureux. Il semble au malade que des poissons s'agitent sous son aisselle; qu'il est mordu par des serpents; qu'on lui passe sur le ventre un fer à repasser brûlant; que des vers grouillent entre la peau et les muscles; qu'on lui perce la tête, ou qu'on la déforme de toutes les façons possibles. On lui arrache les membres; on scie du bois sur son corps; il est attaché sur un gibet électrique, on lui verse sur la tête une pluie magnétique; on lui vide les testicules, on aspire et refoule le sang de ses vaisseaux; dans son corps s'agite un chat dont la fourrure le chatouille ; son corps lui semble nager sur l'eau ; on lui vide les yeux; sa moelle se fond, etc...

Pour le malade, toutes ces sensations ne sont pas seulement des tortures, mais ce sont des persécutions dirigées contre lui par le démon. Parfois il ressent les pensées mauvaises (sensorielles) *d'un seul côté :* elles se traduisent par une pression dans une moitié du crâne (à gauche), la vue étant obscurcie du même côté; et, en même temps, il ressent une irritation violente. Les bonnes pensées sont senties seulement à droite, en même temps qu'il se trouve plus heureux et plus fort. Chez les masturbateurs, on observe aussi des pollutions répétées, qu'on a grand'peine à modérer ; parfois, elles se produisent pendant la journée, et même en l'absence de tout désir vénérien.

Les femmes sentent qu'un liquide s'écoule spontanément de leurs parties génitales, en même temps que se produit un sentiment de jouissance; auparavant elles ont éprouvé une hallucination qui leur a fait croire à un coït, ou à un contact imaginaire. Il n'existe pas nécessairement des habitudes d'onanisme.

Maintenant, des irradiations s'étendent aux territoires sensoriels élevés, à l'ouïe et à la vue principalement.

Le persécuteur annonce sa présence par des chuchotements ou par un bruit mystérieux, par des railleries ou par des menaces (versets de la Bible). Le malade est tourmenté au moyen de miroirs. Le persécuteur

lui apparaît sous la forme d'une flamme ou d'une lueur, ou sous l'apparence plus précise d'une personne connue et qui est tantôt masquée, tantôt nue et cynique.

Parfois cette excitation centrifuge porte sur un seul œil, tandis que l'acuité visuelle de l'autre œil est diminuée, et que tous les objets sont vus par ce dernier avec des contours flottants; les couleurs et les dimensions des objets sont souvent modifiées. Les injures entendues par le persécuté viennent tantôt de l'air, tantôt des parties du corps hyperesthésiées, de l'épigastre ou du bas-ventre ; « cela parle dans ces endroits, et cela lui fait monter le sang à la tête », etc... — Il sent dans le nez des odeurs infectes de soufre et de poix, quand le démon manifeste sa présence dans son épigastre; il sent même des odeurs tout à fait étranges, de gentiane, de vernis, de pétrole, de sperme; tous les objets ont une odeur affreuse (sentent la chaux, etc.); son corps même exhale des odeurs putrides. Des hallucinations analogues, portant sur le sens du goût, font naître des idées d'empoisonnement; il faut faire remarquer que le développement de ce délire repose sur des troubles stomacaux; sous cette influence, dans un certain nombre de cas, le délire de persécution débute par la crainte du poison. D'autres malades sentent de l'éther couler dans leur bouche, de là dans l'oreille, enfin dans les testicules, etc... On observe assez souvent des vertiges, accompagnés parfois d'accès épileptoïdes.

Lorsque l'hyperesthésie des sens et l'hyperesthésie spinale sont très intenses, le bruit d'un crayon sur le papier, du balai sur le plancher, détermine une douleur telle, que le malade appelle la mort. Des questions insignifiantes peuvent déterminer chez lui une telle épouvante, que « la tête et le cœur se mêlent en lui, et il ne sait pas ce qu'on lui veut. » D'autres fois, si on lui presse un peu énergiquement la main ou le bras, il se produit des secousses toniques et cloniques. On observe de même des états de somnambulisme pendant lesquels les malades voient des fantômes, des couleurs brillantes, et « ont des pensées d'une clarté extraordinaire »; à leur réveil, ils ont « une conception toute nouvelle du monde extérieur ».

Les symptômes que nous venons de décrire ne sont pas toujours également intenses et nombreux, même quand la maladie est complètement développée ; ils sont plutôt très variables, et l'on observe surtout des sensations localisées; tantôt c'est la partie supérieure, tantôt la partie inférieure du corps qui en est le siège. Le malade est « clair dans la partie supérieure, tandis qu'il est plongé jusqu'au ventre dans le brouillard. » Ces paresthésies et ces paralysies déterminent une réaction, très variable aussi, sur l'état moral et l'attitude des malades. Ceux-ci peuvent, malgré leurs idées délirantes, se comporter assez normalement, se montrer bienveillants, et même avoir, jusqu'à un certain point, conscience de leur maladie. D'autres fois, perdant tout à coup ce calme moral et intellectuel, ils deviennent déprimés, irritables (pour les masturbateurs, cet état suit

fréquemment les pollutions involontaires, qu'ils attribuent à l'action de substances mêlées à leurs aliments), et ils montrent souvent une émotivité passionnelle qui va parfois jusqu'aux violences et aux accès de rage. Lorsque ces malades méfiants semblent plus tranquilles, il faut encore craindre des impulsions dangereuses (tentatives d'homicide, même contre des personnes que les malades n'évitaient pas). Chez les femmes, la ménopause produit toujours une aggravation.

L'affection peut alors rétrograder lentement; le malade, avec les ressources intellectuelles qui lui sont restées, peut surmonter son délire, surtout s'il se livre à des travaux qui occupent son intelligence. Le délire de persécution s'efface tous les jours davantage, mais sans que le malade se rende compte que ses idées sont fausses. Les hallucinations de l'ouïe persistent souvent pendant de longs mois. Extérieurement, l'attitude du malade est correcte, mais il est craintif et concentré. Peu à peu, au bout d'une année en général, ces derniers troubles diminuent aussi; ils sont oubliés parce qu'ils n'ont plus d'action, mais le malade ne discerne pas l'erreur où il a été plongé. Cette guérison n'exclut pas la crainte de récidives, qui se produisent toujours lorsque les habitudes de masturbation sont conservées.

La *marche* ultérieure de l'affection, lorsque la guérison n'est pas obtenue, se produit de manières diverses : c'est un *affaiblissement psychique* particulier, ou une *dégénérescence psychique.*

a. Chez les masturbateurs, il se produit ordinairement un *délire systématisé hypochondriaque* reposant sur les sensations spinales et viscérales.

Le malade sent que ses os sont raccourcis, qu'on en retire la moelle; les mains sont devenues plus longues ou plus courtes; la tête est déformée de mille manières (ses persécuteurs font ainsi sur lui des expériences de physiologie cérébrale); des vertèbres sont enlevées (les diables m'ont pris d'abord l'intelligence, puis ils ont fait de moi un bossu). La moitié droite du corps est passée à gauche, et inversement; pendant la nuit, on lui vole certaines parties de son corps; on le mutile; ses intestins pourrissent, il sent de l'eau clapoter dans son cerveau. Son corps se dédouble, « le Moi se concentre dans une moitié, et l'autre moitié est habitée par un Moi à demi mort ». — Contre ces sensations, les malades ont recours à toutes sortes d'expédients; ils se lavent avec des substances chimiques, se brûlent avec un cigare; ils se cautérisent tous les orifices naturels (urèthre, anus), à l'aide du nitrate d'argent, ou bien ils y enfoncent de l'ouate, des morceaux de bois, etc... D'autres cherchent à vérifier leurs sensations anormales ; ils se frappent pour se convaincre qu'ils ont encore une poitrine, une épaule. Ce besoin de vérification peut même devenir dangereux pour la vie du malade qui peut, par exemple, chercher à se tirer une balle dans la poitrine, pour voir si cette poitrine est semblable à celle

des autres hommes; parfois ces persécutés sont arrêtés par cette réflexion que la balle ne leur fera aucun mal et qu'elle sortira par la tête. La période hypochondriaque peut durer pendant des années avec une intensité variable; la plupart du temps, les sensations organiques deviennent moins nombreuses; il se forme un ordre particulier d'idées délirantes; par exemple, les dents (ou les cheveux) auxquelles le malade attribue souvent une existence particulière, « luttent entre elles dans la bouche, ou meurent et ne sont plus que des cadavres de dents ». L'estomac joue aussi un très grand rôle dans les tourments hypochondriaques de ces malades, qui, ayant en même temps des hallucinations du goût et de l'odorat (odeur de putréfaction), refusent, par moments, toute nourriture.

Ce délire systématisé hypochondriaque n'est pas absolument spécial aux masturbateurs et n'indique pas forcément une forme grave.

b. L'affection progresse très souvent, en présentant des fluxions passagères à la tête, des épisodes maniaques avec fureur et violences, des grimaces du visage, des mouvements choréiques de tout le corps, et une fuite des idées qui ne sont plus reliées que par l'assonance; parfois on observe ensuite des périodes d'épuisement. Le malade s'achemine ainsi par étapes vers l'affaiblissement intellectuel; mais des phases de stupeur intercurrentes sont assez fréquentes aussi, et l'affection offre les symptômes du délire systématisé catatonique, pour se terminer enfin par une démence catatonique (voir ce mot).

c. Dans d'autres cas, on n'observe pas une stupeur complète, mais un mutisme accompagné d'indolence, d'aboulie, et des mouvements ou des attitudes forcées, qui se répètent chaque jour, à intervalles égaux, par exemple, de quart d'heure en quart d'heure (les malades tournent en cercle, s'accroupissent comme une grenouille, etc.).

Certains malades restent tout le jour repliés sur eux-mêmes, comme des fakirs, pour ne pas interrompre le courant magnétique qui vient du plafond; ils prennent des positions d'acrobates pour ne pas briser cette communication, car les esprits de l'enfer se jetteraient sur eux, arrêteraient leur cœur et leur respiration, etc.....

d. Enfin, un *délire ambitieux* peut éclater brusquement (chez les masturbateurs, ce délire ambitieux revêt souvent une forme religieuse; voir plus loin).

e. Quand son évolution est chronique et exempte de complications, le délire systématisé à forme spinale reste *stationnaire* pendant des années, c'est-à-dire qu'il progresse très lentement, en présentant des périodes d'exacerbation. Le malade devient toujours plus étranger à la réalité, il est le jouet de ses idées et de ses sensations variables. Cette association, toujours plus générale et plus pro-

fonde, cette dépendance toujours plus étroite des actes intellectuels et des paresthésies spinales, forment un cercle vicieux qui ne permet plus au Moi ancien de se manifester et qui s'oppose à la continuité des états de conscience. Le Moi se laisse passivement traverser par ces idées brusques et changeantes; les états de conscience sont momentanés et changent avec chacun des actes intellectuels, qui ne sont perçus que comme souffrances ou comme douleurs physiques. Chaque pensée, chaque tendance volontaire paraît au malade être due à une influence étrangère. Il n'a plus aucune initiative; on arrête ou l'on met en mouvement ses idées comme on le veut, on les retire de son cerveau et on en substitue d'autres. On le remplit et on le vide d'électricité; on fait sur lui des expériences au moyen de machines; on le gonfle, puis on le dégonfle; on excite ses parties génitales, et on le rend impuissant. Toutes ces manœuvres ont pour but, non seulement de le torturer, mais de le rendre ridicule aux yeux des autres personnes. On l'insulte, on le raille, en divulguant ses pensées, et on lui inculque d'autres idées qui l'irritent et qui sont inventées par ses persécuteurs. On arrête sa langue quand il veut parler; on suspend sa respiration; on alourdit ses pieds lorsqu'il marche; on le frappe sur la région épigastrique; on lui comprime le cœur pour qu'il ne puisse ni s'exprimer, ni même se défendre. Beaucoup de malades se nomment eux-mêmes, et cela est caractéristique, des marionnettes dont on tire les fils.

A son apogée, ce délire spinal de persécution correspond à une destruction de la personnalité (du Moi qui perçoit et qui dirige), à un mécanisme composé de réflexes (sans arrêt) où toute idée, tout sentiment, toute volonté détermine aussitôt une sensation corporelle anormale, se transforme en cette sensation, et de plus apparaît au malade comme une sensation venue du dehors. Dans un *premier cas*, l'acte psychique, connu comme tel, se transforme en une sensation corporelle fausse; il est ainsi arraché de la conscience, ou, à peine perçu, il s'efface, malgré les efforts de l'attention. Dans un *deuxième cas*, l'acte psychique, même passager, se fixe de force dans la conscience, en s'associant à la paresthésie (périphérique ou centrale); là, c'est un vide forcé de la conscience, ici, une surcharge ou un arrêt. Dans les deux cas, le malade ne se considère que comme l'objet de persécutions infinies. De cet enchaînement de faits psycho-physiques résulte l'aspect particulier du délire des persécutions spinal à cette période terminale de son évolution. Toute perception peut, dès qu'elle se produit, devenir une obsession; l'idée se transforme en hallucination subite, les sensations périphériques produisent des illusions ou même des idées délirantes complètement constituées, faute d'avoir été examinées par le jugement. Le jeu des

associations d'idées, leurs rapports, se détruisent en même temps que l'appréciation des phénomènes psychiques : le monde intérieur et le monde extérieur se confondent. Les centres intellectuels (corticaux) agissent d'une façon réflexe et forcée sur les centres sensoriels (infra-corticaux) et sur les centres sensitifs médullaires, et inversement.

Le mécanisme psychologique de cet état secondaire correspond, d'après les caractères cliniques, à une forme distincte de *démence*, reposant beaucoup moins sur une diminution de l'avoir intellectuel que sur l'arrêt anormal déjà décrit des actes intellectuels, ou sur le manque d'arrêt de ces actes ; ou plus exactement, sur des relations anormales entre les différentes parties de l'axe cérébro-spinal.

Nous reviendrons plus tard sur ce point de nosologie (catatonie démonomaniaque). Le point essentiel est que le Moi, à ce degré de la maladie, est isolé par des sensations associées et nouvelles, et d'autre part qu'il se laisse envahir sans résistance. L'isolement résulte de ce que chaque tendance psychique spontanée provoque un arrêt douloureux ; et, pour le second point, une idée quelconque, un mot à peine pensé, qui souvent même n'est pas encore nettement conscient, éveille une sensation fausse à la périphérie ou détermine une hallucination par hyperesthésie sensorielle. Par suite de ces phénomènes sensibles et perceptibles qui accompagnent les processus psychiques, la conscience pathologique objective forcément les phénomènes psychiques.

Ainsi, assiégé par les impressions extérieures, induit en erreur par les phénomènes psychiques et par l'impulsion psychique de nature douloureuse qui est tantôt centripète, et tantôt centrifuge, le Moi se perd dans le chaos produit par les arrêts que déterminent tous ces phénomènes ; il ne s'appartient plus, la conscience est limitée ou même supprimée, elle existe à peine dans le moment même de l'acte ; mais le Moi n'a plus conscience de son existence propre, ni de celle du corps. Le corps donne prise de tous côtés aux persécutions (névralgies et paresthésies), et en même temps, le sentiment de la personnalité se réduit à la sensation de violences extérieures, reposant sur les fausses sensations spinales.

Le malade vit maintenant en dehors de l'espace et du temps, sans s'intéresser ni prendre part à quoi que ce soit. Son humeur est extraordinairement changeante ; tantôt il menace, se montre inabordable et même hostile, tantôt il rit niaisement et se livre à une gaieté que rien ne motive. Il était sombre et méfiant, disposé à la violence, ou retenu par une certaine crainte ; brusquement, il peut redevenir ouvert et confiant. L'humeur reproduit les variations des états de conscience, qui sont interrompus et renouvelés à chaque instant. Le malade, dont le jugement et la mémoire sont affaiblis,

obéit de plus en plus, dans sa vie psychique, aux sensations pathologiques (hallucinations), qui s'étendent à tous les sens, et qui lui dictent impérativement sa conduite. Parmi les sensations fausses, il faut citer en première ligne (chez les masturbateurs) les troubles de la sensibilité générale et du toucher, les paralysies et les paresthésies spinales; pendant tout le jour, le malade réagit contre ces troubles, et d'une manière toujours plus impulsive; il tient des deux mains ses organes génitaux, se frotte le corps avec des excréments et de l'urine, recouvre de salive les aliments placés dans son assiette ; il souffle bruyamment pendant des heures, frappe certaines parties de son corps, se couvre le nez et les yeux d'ordures; et toutes ces manœuvres sont destinées à le protéger contre les contacts obscènes, contre les organes génitaux qui l'entourent, contre les efforts tentés pour pénétrer dans sa pensée, pour lui voler ou pour répéter ses idées; parfois, au contraire, le malade croit donner à ses aliments une saveur particulière que son imagination déréglée trouve dans cette addition de salive à tous les mets.

Les malades peuvent rester dans cet automatisme pendant des années et même toute leur vie; ou bien ils s'acheminent peu à peu vers une démence profonde. Mais souvent les hallucinations s'apaisent progressivement, et le malade arrive à un état tranquille d'affaiblissement intellectuel, et montre une certaine bonne humeur; des connaissances anciennes, remarquablement conservées, peuvent reparaître, ainsi que l'aptitude particulière à certains travaux. Cette rémission n'est parfois que temporaire, et les idées délirantes se reproduisent.

f. Enfin, si la maladie parcourt toutes ses phases, il reste une démence confuse avec hallucinations, ou une démence avec obtusion sensorielle, dans laquelle, malgré une indolence marquée, le caractère impulsif persiste (le malade s'attaque aux parties génitales et aux yeux); c'est, à proprement parler, le *délire systématisé dégénératif* (presque toujours accompagné d'onanisme).

Les traits cliniques caractéristiques sont les suivants : le délire de persécution spinal (somatique) du début est remplacé par un état expansif de nuance religieuse, et l'affaiblissement psychique s'est acentué; on observe en même temps de la sensiblerie; ces malades font toutes sortes de gestes (frotter, etc.), consacrent tout leur temps à des exercices extérieurs de religion mêlés à des discours érotiques (pendant la journée, ils joignent les mains, penchent la tête, baisent le plancher, font des génuflexions, etc.). L'obtusion intellectuelle est profonde, et laisse libre accès aux hallucinations et aux visions. Il est intéressant de remarquer que, dans cette confusion, on retrouve certaines perceptions exactes; c'est un mélange de rêve et de lucidité superficielle; pendant les périodes de lucidité, les malades sont portés aux spéculations métaphysiques, composent des ou-

vrages sur Dieu, sur Satan, sur l'âme, sur le principe du monde, etc. Des phases différentes se succèdent brusquement : l'exaltation religieuse avec attitudes forcées et actes impulsifs, l'excitation maniaque (le malade s'enduit de saletés, boit son urine, cherche à embrasser les organes génitaux des autres aliénés) alternent avec des périodes de lucidité relative, et celles-ci avec des états de stupeur (salivation abondante, paralysie ou contraction des vaso-moteurs); et ces états sont eux-mêmes remplacés par des périodes hypochondriaques (le corps est pourri, etc.). Enfin, on observe une démence confuse avec hallucinations, et le poids du corps augmente.

L'émoussement des facultés morales et intellectuelles est très marqué; les actes sont impulsifs, les malades arrachent tout ce qu'ils peuvent saisir, avalent des pierres, etc. Leur extérieur est répugnant au dernier point; ils murmurent des phrases stéréotypées et dénuées de sens; ils avalent sans mâcher, avec gloutonnerie. Troubles trophiques (tendance aux hématomes de l'oreille, du cuir chevelu, du testicule, etc.). Souvent la marche est relativement rapide, subaiguë, et se termine dans l'espace de quelques mois.

Parmi les cas de ce genre, où persiste jusqu'à la fin la systématisation la plus rigoureuse dans ce délire dépressif, et l'association la plus intime des hallucinations et des sentiments, où la situation est en même temps exactement appréciée par la conscience, il faut signaler surtout le délire des persécutions uni à *l'ataxie locomotrice* et qui succède aux sensations spinales d'origine tabétique. La clinique montre nettement la marche parallèle des troubles tabétiques de la sensibilité, et du délire des persécutions; les troubles de la sensibilité spinale sont attribués à l'électricité; les sensations d'arrêt moteur sont expliquées par l'action d'entraves, disposées par les persécuteurs. Le malade peut, enfin, objectiver son état et interpréter des sensations de telle sorte que chacune des modifications intellectuelles est rapportée par lui à un phénomène physique, à l'action d'une machine électrique par exemple. Certains malades, tout en formant des plans pour se défendre contre toutes ces attaques, peuvent cependant s'intéresser encore à différentes questions; à la vérité, s'ils commettent une maladresse au cours de leurs travaux, ils invoquent l'influence pernicieuse des enchanteurs. D'autres ont à l'égard du monde extérieur une telle défiance qu'ils finissent par s'isoler de plus en plus; quand on leur adresse quelques paroles, quelques remontrances, ils se mettent en fureur, et même se livrent à des violences impulsives; enfin, ils vivent silencieusement, ne s'entretenant plus qu'avec leurs hallucinations. Par moments, ils se laissent encore diriger, et acceptent quelques travaux physiques. En réalité, ils sont plongés dans la complication croissante de leurs hallucinations (qui finissent par devenir incompréhensibles pour eux-mêmes), et d'idées soudaines, gaies ou tristes, qui se traduisent par des rires ou des injures, par des colères soudaines ou des rébellions contre le règlement de l'Asile, par les mesures qu'ils prennent pour se protéger contre les sensations locales qui les tourmentent.

Chez les femmes, les *idées délirantes de jalousie* sont fréquentes au moment de la ménopause, surtout lorsqu'il existe des troubles de la sensibilité des

organes génitaux, et ce délire est ordinairement tenace. Ce délire une fois constitué et appuyé sur des faits observés par la malade, accompagné d'illusions, persiste pendant des années avec la même intensité; en même temps l'affection envers le mari disparaît, et l'aversion la remplace. On observe, par intervalles, des paroxysmes d'excitation (colère méprisante, que la malade croit justifiée). Peu à peu l'excitation se calme, mais les idées délirantes persistent, avec une faiblesse intellectuelle croissante. Alors, on voit souvent apparaître des symptômes hystériques (vomissements, toux, attaques convulsives). L'intelligence est souvent assez bien conservée, de sorte que les malades ne paraissent pas telles aux profanes, d'autant plus qu'elles savent dissimuler. Cette forme est observée aussi d'une façon *passagère*, chez les individus à tempérament hystérique. Elle peut disparaître temporairement, en même temps que les troubles de la sensibilité générale s'effacent et que les sensations du coït, qui jusqu'alors laissaient la malade non satisfaite, redeviennent normales (jusqu'à ce moment, la malade avait cru que son mari était impuissant parce qu'il avait des maîtresses).

Chez les hommes, les idées délirantes de jalousie (la femme est accusée d'adultère), se produit de préférence chez les alcooliques (paresthésie sexuelle, impuissance précoce, résultant de l'intoxication chronique?); mais cette cause n'est pas constante. La conception délirante peut apparaître brusquement, après des excès alcooliques récents; la réaction morale est souvent traduite par des paroxysmes de colère furieuse, et par des violences soit contre la femme « infidèle », soit contre la personne que le malade accuse d'avoir déshonoré son foyer. La marche est ordinairement chronique, parfois elle se produit par poussées successives; les illusions et les hallucinations (surtout de l'ouïe) la compliquent; aussi le malade construit-il des romans insensés, dont on ne peut lui démontrer la fausseté. Ces persécutés s'adressent à la justice pour lui confier leurs plaintes; repoussés par les tribunaux, ils s'aigrissent et deviennent des processifs; mais l'apathie arrive progressivement, et le délire s'oublie peu à peu, à mesure que les années s'écoulent; les sentiments moraux élevés s'effacent en même temps, surtout les affections familiales; le malade tombe dans un égoïsme étroit, ne ressent plus aucun sentiment profond, ne s'intéresse même plus à sa famille. Parfois, on observe de véritables intermissions, et même une guérison avec lacunes qui peut être obtenue fort tard, même après plusieurs années; alors chez ces malades affaiblis intellectuellement et calmés, reparaît une certaine affection pour la femme longtemps méprisée, et les idées délirantes disparaissent.

Il faut placer ici les *idées délirantes de grossesse*, si fréquentes chez les femmes atteintes d'affections utérines; ce délire revêt surtout une forme démonomaniaque; la femme croit que le démon l'a violée pendant la nuit; le délire se développe de diverses manières, au gré de l'imagination de la malade (l'enfant est né; on l'a enlevé; ou bien elle s'attend constamment à accoucher, et prépare toute une layette, etc.). Les malades peuvent ainsi passer dans l'affaiblissement de la démence, le délire étant du reste conservé; elles satisfont leurs idées délirantes d'une façon puérile, par des

caresses et des soins prodigués à un objet qui représente l'enfant. Certains cas, plus aigus et à marche plus rapide, s'accompagnent d'hallucinations de caractère démonomaniaque, ou de caractère érotique et religieux (surtout au moment de la ménopause); ces cas sont ordinairement favorables, et se terminent souvent au moment de la réapparition des règles.

Forme maniaque du délire des persécutions. — Très souvent, cette affection protéiforme présente une marche différente; nous avons déjà fait allusion à la *manie initiale*, assez fréquente, qui se présente comme réaction morale au moment où le malade croit découvrir les persécutions organisées contre lui.

Cette excitabilité, cette irritabilité maniaque peuvent masquer si bien le délire des persécutions, qu'elles caractérisent absolument l'aspect clinique. Les malades peuvent passer dans cet état maniaque peu de temps après le stade de dépression, par suite de leurs soupçons délirants; jusqu'alors, ils étaient misanthropes et cherchaient des protections; maintenant, leur caractère change; ils sont emportés, durs à l'égard de leurs femmes et de leurs enfants qu'ils maltraitent; à la moindre contradiction ils deviennent violents; au point de vue intellectuel, ils se montrent distraits, absorbés et commettent toutes sortes de sottises par irréflexion. Ces accès sont souvent accompagnés d'états congestifs et de troubles d'innervation (léger strabisme; abaissement de l'une des commissures; contractions brusques du visage), qui sont observés de temps à autre, le malade, dans l'intervalle, étant las, abattu, et gémissant sur ce qui s'est passé. Mais bientôt ces accès se rapprochent, et l'on est en présence d'une irritabilité et d'une défiance continuelles; le moindre fait donne lieu à de l'irritation et à de la colère, puis le malade devient plus tranquille, mais il reste toujours dans une sorte de tension morale. Cet état se prolonge pendant des mois, avec la même irritabilité qui rend le malade inabordable. Par moments, il parle seul, combattant les voix hostiles qu'il entend, ou ses idées délirantes, qui se produisent aussi bien le jour que la nuit, mais qui, parfois, surviennent plutôt lorsque ses yeux sont ouverts que lorsqu'ils sont fermés. Intérieurement, une dépression, due au sentiment confus qu'il a de sa maladie, alterne avec des dispositions vaguement expansives; mais il est comme un volcan prêt à faire éruption; d'abord grognon, il se livre tout à coup à une brutale fureur, pour redevenir ensuite ironique. La marche peut être terminée par une guérison complète ou incomplète; d'autres fois, le malade passe, après des années, dans un état secondaire de délire systématisé chronique et exalté (presque toujours religieux), ou bien dans une démence irritable, dans laquelle il se montre concentré et inabordable, hautain et arrogant envers tous ceux qui l'approchent ou lui adressent la parole; étroitement égoïste et ne s'occupant plus que d'écouter ses voix et de satisfaire les impulsions des sens (gloutonnerie, onanisme et même pédérastie).

Forme mélancolique. — Une dépression mélancolique peut aussi

être produite par la réaction morale, et donner un aspect spécial au délire systématisé.

Les malades sont tristes, découragés, redoutent les procès et les condamnations qu'ils ont forcément mérités, d'après ce qu'ils ont observé eux-mêmes ou d'après ce qu'on leur a fait entendre. Les tentatives de suicide sont fréquentes. Si le malade se conduit assez correctement, du moins il ne peut sortir de sa dépression, ni échapper aux tourments que lui infligent ses voix. Beaucoup deviennent misanthropes, passent leurs nuits et leurs jours à pleurer et à gémir, et refusent toute nourriture; souvent se produisent des accès de désespoir, avec impulsions irrésistibles à détruire, à prendre la fuite, etc... Le malade est alors tout à fait semblable, pour l'habitus extérieur et pour la conduite, à un mélancolique agité ; seule l'anamnèse exacte, c'est-à-dire le développement de l'affection, permet de faire un diagnostic rétrospectif. Le délirant systématique mélancolique n'est pas coupable parce qu'il « se sent coupable », comme le vrai mélancolique ; il se croit coupable parce qu'il entend dire qu'il l'est, parce qu'on le considère et qu'on le traite comme un méchant homme; aussi ne montre-t-il pas la tristesse et la dépression morale du mélancolique véritable. Pendant des semaines, et même des mois entiers, de tels accès peuvent se produire et disparaître; puis arrivent des phases de tranquillité plus grande, alors que les hallucinations s'effacent; on peut observer des rémissions plus ou moins longues, et même des intermissions avec sentiment exact de la maladie. Dans la plupart des cas, surviennent des rechutes, avec aggravation des symptômes ; la dépression morale du début devient généralement moins accentuée à chaque nouvelle rechute, mais les hallucinations sont plus fréquentes et plus impérieuses. Les malades passent dans le délire systématisé secondaire, ou s'acheminent, en conservant les mêmes dispositions mélancoliques, vers une démence progressive (des rémissions sont fréquentes). Ils restent irrités, et par suite, toujours dangereux, car ils sont souvent aigris au point de haïr tout ce qui les entoure (Pour la forme abortive, voir plus loin).

Complication de délire ambitieux.

Une modification clinique importante du délire des persécutions est représentée par l'adjonction du délire ambitieux à la dépression, ou par la substitution de celui-là à celle-ci ; les sentiments dépressifs se transforment en sentiments expansifs ; les idées d'oppression et de persécution deviennent des idées de grandeur. Cette modification clinique peut se produire de différentes manières : 1° le délire ambitieux succède à un délire de persécution plus ou moins prolongé ; il en est la suite et la compensation (psychologiquement, les éléments d'un délire ambitieux sont déjà contenus dans le délire des persécutions). Le malade, jusqu'alors opprimé, honni et méprisé,

se sent brusquement relevé et récompensé de ses douleurs, par une inspiration divine ; ou bien la transformation est plus lente, il trouve une compensation aux tourments qu'il a subis pendant des années, en se persuadant qu'il est le fils d'un prince. Les idées anciennes s'effacent, il est régénéré; il abandonne son ancienne personnalité ; ou bien les douleurs anciennes et les joies nouvelles (persécution et glorification) peuvent exister ensemble, et se disputer la prédominance qui passe des unes aux autres. Il est à remarquer que le délire des persécutions prédomine généralement, parce que, surtout lorsqu'il existe des idées démonomaniaques, il porte sur tous les sens, et s'appuie sur les illusions de l'ouïe, de l'odorat et du toucher; « Dieu », au contraire, ne se manifeste que sous la forme de pensées, de pressentiments, de visions.

Parfois, les deux phases alternent ; un délire des persécutions périodique, avec résignation passive et refus d'aliments, alterne avec un délire ambitieux également périodique.

Dans la période dépressive, le malade ne parle pas, ferme les yeux, résiste à tout, laisse aller sous lui les excréments et l'urine; on croirait être en présence d'un dément, si le regard animé et défiant ne s'opposait pas à cette hypothèse. Des mouvements à demi automatiques, bizarres (le malade tourne la tête, balance les jambes, se laisse glisser sur le parquet) annoncent le début d'une période plus favorable, où le malade travaille, et se montre plus réfléchi. Puis arrive, souvent d'une manière brusque, la phase ambitieuse (de forme religieuse, la plupart du temps). Le malade dispose toutes sortes d'ornements sur ses habits, prononce des sermons, commande, prophétise, etc... De nouveau, on voit se reproduire des périodes de résistance passive, puis des périodes ambitieuses et ainsi de suite. Les discours passionnés du malade, comme aussi sa conversation ordinaire, expliquent ces symptômes variés : les deux ordres de symptômes ont pour origine commune le délire démonomaniaque : le malade est possédé d'abord par le démon, puis par le bon Esprit. Le démon cherche à le séduire par la sensualité, et le bon Esprit s'efforce de le ramener vers Dieu. Ces deux esprits habitent son corps, lui parlent à tour de rôle, et lui dictent sa conduite. Toutes les sensations, toutes les hallucinations sont rapportées à ces deux Esprits. Dans les phases de résignation, le mauvais Esprit exerce sa puissance, à laquelle le malade ne veut pas s'abandonner ; aussi ne veut-il pas se servir de ses sens, ni remuer un bras ou une jambe ; dès que l'Esprit divin le pénètre, il sent qu'il est un envoyé de Dieu et qu'il est le Messie. Plus tard, on observe aussi des paroxysmes maniaques (comparer avec la manie furieuse), ou bien des phases mélancoliques avec des idées d'angoisse et de désespoir, et des réflexes impulsifs (le malade pousse des cris d'animaux ; a des impulsions au suicide). La terminaison est la guérison ou bien un délire systématisé secondaire.

2° Le délire ambitieux ne se produit pas d'une manière en quelque sorte spontanée, inconsciente, mais il est la suite logique du délire

antérieur ; le malade, ayant réfléchi aux tourments qu'il a subis pendant des années, aux complots manifestement dirigés contre lui, aux persécutions tenaces dont il a été l'objet, arrive à soupçonner qu'il n'est pas un homme ordinaire, et que des individus haut placés, puissants, ont pris part à ces intrigues, et ont intérêt à le faire disparaître. Souvent le délire est ainsi complètement constitué, et, l'affaiblissement psychique augmentant, les idées ambiteuses deviennent prédominantes ; le persécuté se considère de plus en plus comme le martyr d'une grande cause, pour laquelle il supportera maintenant avec joie tous les tourments.

Ce caractère ambitieux de l'affection, dans toutes ses formes possibles, est le signe d'une haute gravité, sinon de l'incurabilité. — Le début de la phase ambitieuse est variable, au point de vue clinique. S'il existe des hallucinations, on voit des hallucinations agréables se mêler à celles qui étaient injurieuses ; des promesses, des visions célestes alternent avec les menaces ; les oppressions douloureuses du début s'effacent, mais le malade n'a plus qu'un sentiment confus de sa propre forme corporelle ; cependant il ne devient pas violent. D'autres fois, la période ambitieuse revêt la forme d'un accès maniaque accompagné de troubles vaso-moteurs ; le malade, martyrisé jusqu'alors par ses persécuteurs, devient concentré, et sa conscience est obnubilée ; il accomplit toutes sortes d'actes symboliques et mystiques, et sa physionomie est illuminée par la joie ; il ne répond que par des signes et des mots auxquels il attache une signification profonde et qui ressemblent à des oracles ; « maintenant il marche dans la lumière, il est guidé par une puissance souveraine ; il resplendit ; » il peut se livrer aux actes les plus étranges, s'écorcher la peau, s'enduire de toutes sortes de substances, le tout pour indiquer la dignité nouvelle dont il est revêtu. Si l'accès décroît, l'Esprit divin continue à posséder le malade et le dirige par des impulsions qu'il lui imprime, par des signes, par des paroles, ou par une apparition subite, toutes les fois que le malade a besoin d'un conseil, qui est alors suivi aveuglément ; les pensées sont obscures jusqu'à ce que le bon Esprit vienne à l'aide du malade. Ces phases de délire ambitieux expansif peuvent se répéter.

3° Enfin, dans un dernier ordre de cas, le délire dépressif se continue jusqu'à l'épuisement psychique ; le malade n'espérait plus de fin à ses tourments ; c'est alors que Philoctète désespéré aperçoit Hercule son sauveur. Un monde nouveau apparaît au persécuté, qui se sent réchauffé et vivifié par un fluide magnétique ; le soleil, les formes variées des nuages, le chant des oiseaux, lui promettent que, s'il a souffert, il a droit maintenant au triomphe ; c'est le mirage qui apparaît dans le désert au voyageur mourant de soif. Cette nouvelle période est le signe d'une déchéance intellectuelle définitive.

Par contre, les épisodes mentionnés de manie aiguë ambitieuse (ou, plus exactement, les épisodes intercurrents de délire systématisé aigu)

peuvent se calmer, et parfois même faire disparaître pendant très longtemps le délire des persécutions initial.

Le saint, le prophète, avec tous leurs glorieux attributs, s'acheminent vers la démence progressive et définitive. Cette marche descendante est sous la dépendance du délire, elle a une influence directe sur la conduite du malade qui est absolument l'esclave de ses idées délirantes. En particulier dans les phases d'affaiblissement psychique à caractère religieux et extatique, le malade se macère, se mutile effroyablement, refuse obstinément toute nourriture, dans le but de purifier son corps coupable et de se montrer digne de la grâce divine qu'il n'osait espérer. Dans leur démence croissante, ces Messies, ces Empereurs du monde conservent leurs chiffons et leurs oripeaux. Si le délire expansif prend un caractère érotique, les malades construisent des romans amoureux, voient, pendant la nuit, des amants ou des maîtresses; pendant le jour, ces fiancés imaginaires supplient et importunent, tantôt sentimentaux, tantôt grossièrement cyniques. Ils ont changé de nom, quittent leur anneau de mariage parce qu'ils entrent dans de nouveaux liens; l'excitation sexuelle et la masturbation augmentent, par leur influence débilitante, la déchéance psychique.

Pour envisager cliniquement et d'une façon générale les terminaisons multiples de toutes ces variétés de marche et de forme, dans ce processus essentiellement chronique et qui dure souvent pendant bien des années, il faut encore penser aux affections somatiques, et surtout à la sénilité et aux complications organiques qu'elle comporte. Beaucoup de ces malades sont, par la suite, atteints d'accidents cérébraux, surtout d'apoplexie, et le délire des persécutions si longtemps conservé pur, se transforme alors en une cérébropathie psychique.

A cette marche, qui est la plus défavorable, il faut opposer certains cas *abortifs* de délire des persécutions à forme mélancolique, qui se terminent assez souvent par la guérison au bout de quelques semaines; ordinairement, il s'agit alors d'individus anémiques, qui vivaient dans un milieu défavorable, et dont les idées de persécution sont fréquemment provoquées par des faits réels et par des traitements cruels réellement supportés.

Le délire des persécutions est souvent aussi préparé par une neurasthénie reposant sur une affection gastro-intestinale chronique, accompagnée de tristesse hypochondriaque; ordinairement, on observe aussi des hallucinations complètes, ou des pseudo-hallucinations; mais ce sont souvent des tourments véritables et longtemps supportés en silence qui, s'ajoutant aux sensations douloureuses abdominales, font enfin croire à l'action malfaisante de puissances extérieures. Les conceptions délirantes augmentent l'intensité des plaintes hypochondriaques, et elles déterminent l'hyperesthésie de différents territoires nerveux (constriction de la tête, tension dans le cerveau; les yeux semblent prêts à sortir de la tête; oppression précordiale; absence d'appétit; sensations de brûlure à l'épigastre, etc... etc..,) En plaçant le malade dans un autre milieu (dans un

Asile), et en traitant l'affection gastro-intestinale, on arrive assez souvent à ramener le calme et la justesse d'appréciation ; cette amélioration s'accentue à mesure que les forces physiques se relèvent. Ce dernier ordre de faits ressemble par plus d'un côté, et surtout par l'acuité de la marche, au délire systématisé des prisonniers ; le caractère différentiel est fourni par les hallucinations, qui, si elles existent, ne sont pas primitives, et ne dirigent pas l'affection, ne lui donnent pas sa forme particulière, comme dans le délire des prisonniers.

B. Délire systématisé ambitieux chronique.

Comme le délire primitif des persécutions, le délire systématisé ambitieux est simple ou compliqué dans son développement (hallucinations). On distingue des formes religieuse, érotique et philanthropique, qui sont isolées ou combinées entre elles (forme érotico-religieuse). Dans le début et dans la marche, comme dans le mode de terminaison, ce délire ambitieux a beaucoup de points communs avec le délire des persécutions. Il frappe tous les âges, mais il est surtout fréquent au moment de la puberté et de la ménopause ; ses origines sont multiples mais il a souvent une origine sexuelle (surtout la masturbation). Sa marche, comme celle du type précédent, est rémittente avec des exacerbations ; la terminaison peut être une guérison définitive, ou une intermission plus ou moins longue, mais c'est le plus souvent un état chronique prolongé, incurable. Ce pronostic d'incurabilité concerne de préférence les idées délirantes mixtes de persécution et de grandeur. L'hérédité est fréquemment observée, mais son influence n'est pas indispensable. Les causes de débilitation (excès sexuels, allaitement, hémorrhagies menstruelles) joue un rôle également important dans l'étiologie.

Outre cette forme acquise de délire systématisé ambitieux, il existe une seconde forme *originelle* (exactement comme dans le délire des persécutions). Au point de vue des symptômes, ces deux formes se confondent, mais elles diffèrent par le développement et la marche, aussi nettement que les psychoses des dégénérés se distinguent des psychoses qui frappent une intelligence complètement développée (V. *Caractères de dégénérescence*). La variété originelle est fréquemment le développement, le stade terminal d'une indigence intellectuelle datant de la naissance, et s'accompagnant d'une exagération des sentiments religieux.

Les symptômes cliniques sont communs à toutes les variétés, qui se distinguent seulement les unes des autres par les idées délirantes.

Chez beaucoup de malades, et surtout pendant l'adolescence (puberté), on observe d'abord un tempérament nerveux, une tendance aux craintes hypochondriaques et aux subtilités de raisonnement ;

les jeunes filles montrent des sentiments religieux exagérés, ont soif de pénitence, veulent renoncer au monde et se retirer dans un couvent. Les sentiments religieux et les sentiments contraires, qui sont en lutte, prennent un corps, et sont conçus comme de bons et de mauvais Esprits; la victoire reste au bon ange, protecteur de la malade; et cet ange, sous l'influence des tendances érotiques, devient un amant divin; la jeune malade s'isole, devient misanthrope, passe ses nuits à lire des livres de piété et à faire pénitence. En même temps apparaît une aversion marquée, non seulement pour les distractions de la jeunesse, mais même à l'égard des parents et des amis; les idées délirantes et les hallucinations mettent la malade en rapport avec l'objet céleste de son désir; aussi est-elle toujours prête à obéir aux ordres de cet être aimé. Les interprétations erronées, qui la confirment dans la croyance qu'elle est sur le chemin d'un bonheur infini, complètent ce délire. Aux hallucinations de l'ouïe et de la vue s'ajoutent bientôt celles de l'odorat et du toucher. Pendant la nuit, les hallucinations des malades leur font croire qu'elles sont les héroïnes de romans ou de légendes: les personnes de l'entourage sont prises pour des amis ou des ennemis, et deviennent des personnages variés, suivant les conceptions délirantes. Les malades méconnaissent de plus en plus la réalité; parfois se produisent des périodes d'extase ou de catalepsie, avec ravissement intérieur, ou, au contraire, avec une attitude douloureuse de pénitence (les bras sont croisés ou les mains jointes), puis le délire religieux ou érotique reparaît avec plus d'intensité. A ce point de son développement, l'affection peut s'apaiser et s'améliorer, ou même guérir; il en est de même pour l'irritabilité spinale, qui, par les sensations intercostales ou les sensations de chaleur d'origine vaso-motrice, faisait dire aux malades qu'elles se sentaient pénétrées de bonheur, et produisait les hallucinations qui annonçaient la venue de l'ange protecteur ou de l'amant divin. — Cette forme clinique et cet état terminal peuvent se reproduire après la puberté, surtout chez les personnes d'un tempérament hystérique et qui restent célibataires.

Parfois cependant, chez les adultes, on observe un développement un peu différent; on observe d'abord des périodes de dépression marquée, des scrupules de conscience, ainsi que des remords fondés sur des actes antérieurement accomplis; la vie passée du malade lui paraît très répréhensible maintenant que ses jugements sont d'une sévérité excessive. Tout à coup, il est éclairé par un passage de sermon, par un verset de la Bible, ou par une expression de la physionomie du prêtre; ce passage ou ce verset s'applique spécialement au malade; on l'a choisi pour dissiper les ténèbres de sa conscience; alors il lui semble que la grâce divine descend sur lui; ou

bien c'est une promesse de grandeur terrestre : il sera puissant, opulent, il doit faire un riche mariage. Il se sent pénétré de joie et de bonheur ; l'oppression anxieuse disparaît, il respire librement ; il sent et il sait que Dieu l'a choisi pour être son envoyé, pour être un second Messie. Tout ce qui l'entoure confirme sa mission. Le passé et l'avenir sont clairs et lumineux ; partout il voit les signes de sa mission ; tout prend à ses yeux une signification symbolique, les aliments, les habits, les moindres actions des personnes qui l'entourent. Ce qui semblerait contradictoire ne l'est pas réellement et sert seulement à l'éprouver ; devinant et connaissant cette mission, il se sent toujours heureux ; dans toute situation, il est toujours guidé et accompagné.

Le malade vit maintenant avec les saints et les bienheureux, qui sont ses frères, et partage avec eux toutes les jouissances. Les païens et les animaux eux-mêmes doivent comparaître devant son tribunal ; son regard pénétrant lui fait reconnaître aussitôt qui mérite la grâce ; rien ne lui échappe. Dans tous les endroits où va sa pensée, il a une tâche à remplir ; il voit la lumière, il voit la Jérusalem nouvelle. Mais sa grandeur comporte des luttes ; il a des relations mystérieuses avec tous les esprits de la terre, mais quelques-uns lui sont hostiles. Dans les paroles qu'il entend, dans la multitude des pensées qui le traversent, il doit distinguer les mauvais Esprits qui sont encore au service de Satan ; alors il est tourmenté par les contradictions des faits intérieurs et extérieurs : il éprouve une chaleur intérieure « qui représente la colère de l'Esprit juste » ; il sent au creux épigastrique la présence de « l'Esprit fidèle ». S'il doit souffrir, il est le tabernacle divin ; par lui, par sa semence divine, le monde sera sauvé.

Plus fortement encore que la découverte de persécutions imaginaires, ces conceptions ambitieuses (cette exaltation de la personnalité) acceptées comme des certitudes, s'emparent du malade. Avec une humeur toujours expansive, avec un abandon joyeux, il obéit à ces idées ; sa famille, ses biens, ses plaisirs, leur sont sacrifiés ; il ne tient plus aucun compte du passé, avec lequel il a rompu.

Maintenant, il doit absoudre les coupables, purifier les impurs, diriger à la fois les philosophes, les francs-maçons et les possédés. Dans un langage hyperbolique et ampoulé, il célèbre la grâce divine, et prêche publiquement : tout doit être pur. Assez souvent, il gaspille sa fortune, et la dissipe en aumônes excessives. Les aliments doivent être purifiés aussi ; beaucoup de malades repoussent la viande avec horreur, et veulent, conformément à la légende, se nourrir de racines et de lait (pris toujours à la même vache, et provenant du même pis ; le malade trait la vache lui-même) ; par là, ils espèrent se débarrasser de toutes les impuretés du vieil homme. Ils obligent souvent, et par des violences, leurs femmes et leurs enfants à suivre le même régime. — Dans le délire érotique, les malades écrivent des lettres interminables, se livrent à des effusions sentimentales

adressées aux êtres rêvés qui leur sont promis. Ils dépensent beaucoup d'argent pour remplir leur mission humanitaire ; ils gaspillent leur fortune, ou la jouent tout entière à la roulette, parce qu'une hallucination leur a annoncé qu'une somme immense allait leur parvenir.

Ordinairement, quand la maladie arrive à cette intensité, les pseudo-hallucinations et les hallucinations véritables sont plus fréquentes.

Chaque fois que le délirant religieux s'assied ou prie avec ferveur, il voit un ange s'agenouiller auprès de lui ; les lustres qui flamboient dans l'église, une étoile qui lui paraît être aussi grande que la lune, lui indiquent qu'il est en communication avec Dieu ; des rêves d'une grande intensité l'agitent pendant son sommeil. L'augmentation des appétits sexuels ne fait jamais défaut.

La *marche ultérieure* peut varier beaucoup, bien qu'elle ne soit pas aussi variable que dans le délire des persécutions. 1° La maladie peut diminuer graduellement; les figures lumineuses s'effacent peu à peu, et le malade reprend pied dans la réalité. Parfois il comprend ses erreurs et a conscience de son affection. Le plus souvent, le délire ne joue plus un rôle prédominant, mais il n'est pas pour cela vaincu ; le malade peut avoir une conduite plus réglée, mais il est plus qu'autrefois tranchant, indocile et intolérant dans les questions religieuses; c'est ainsi que beaucoup de malades gardent au fond de leur esprit leurs idées délirantes. 2° La marche ultérieure peut se faire par poussées successives, le premier accès se reproduisant périodiquement (souvent avec une similitude remarquable de tous les symptômes) ; enfin un dernier accès se prolonge jusqu'à la fin de l'existence.

Cette marche est assez souvent compliquée par des accès de délire de persécution ; l'état moral est opposé à celui qu'on observait dans les accès précédents; le malade est irritable, emporté et défiant ; souvent cette dépression remplace définitivement l'expansion primitive.

3° La marche devient chronique, ce qui est le plus fréquent; mais ici encore les cas particuliers diffèrent sensiblement. On voit souvent s'intercaler des périodes diverses.

a. Ce sont des paroxysmes aigus d'hallucinations allant jusqu'à l'extase; le malade voit tomber une pluie d'étoiles; des anges lui offrent des choses exquises; il se sent dans le paradis.

b. A d'autres moments, les malades refusent la nourriture, restent muets, recherchent les mortifications et les pénitences, souvent se mutilent sérieusement et se livrent à des violences envers ceux qui les entourent, *ad majorem Dei gloriam*.

Il n'est pas de malade plus dangereux pour lui-même et pour les autres qu'un délirant systématique religieux arrivé à cette période; le suicide et le meurtre (accomplis pour que son âme n'aille pas seule au ciel); les mutilations portant surtout sur les testicules et le pénis, sont des effets fréquents de cette affection; le crucifiement même a été plusieurs fois observé.

Parfois se produisent des paroxysmes intercurrents, causés par des troubles gastriques aigus ou par une excitabilité sexuelle excessive (onanisme); cette excitation génitale peut être très violente, durant plusieurs jours (satyriasis); les malades s'attaquent aux personnes qu'ils aperçoivent, et cela avec le cynisme le plus éhonté; ou bien ils se roulent sur le sol en poussant des cris d'angoisse, le corps secoué comme par des secousses électriques; et ils présentent un état fébrile. Ces accès se reproduisent brusquement, parfois d'une manière périodique.

c. Dans d'autres cas, les malades se calment peu à peu, mais le délire imprime un cachet toujours plus profond à leurs idées, à leur physionomie et à leur mimique. Un stade cataleptique se produit de la sorte, pendant lequel les malades restent immobiles dans l'attitude d'une statue de saint ou d'un fakir; ils restent muets pendant des mois, ne se préoccupant en rien de ce qu'on leur dit, de ce qui les entoure; ils se laissent mourir de faim et de froid. Par intervalles, les mouvements musculaires reparaissent; les malades peuvent de nouveau travailler, et on peut leur confier une besogne facile. Leurs pensées sont partagées entre eux-mêmes et le bon Esprit qui les possède; leurs actes sont consacrés par moitié au travail journalier et à leur mission céleste; ils peuvent ainsi, pendant des années, être utilisés dans l'Asile.

Comme le délire des persécutions, le délire ambitieux peut revêtir une *forme négative;* ces malades sont renfermés en eux-mêmes, et dissimulent avec soin, tout en gardant une conviction profonde, leur mission divine au monde impie qui les entoure; ils renoncent à la lutte, et se contentent de posséder ce don mystérieux. A l'aveuglement du monde, aux tourments multiples qu'il éprouve, cet « homme divin » oppose seulement une résignation calme et constante; ses lèvres ne profèrent pas un mot de plainte, « il ne fait pas parler la colère céleste, ne se venge pas. Il détourne seulement les dangers qui le menacent, écarte ce qui est au-dessous de sa dignité. » Aussi vit-il à l'écart, ne travaille-t-il pas et mange-t-il peu ou point; il ne prend pas volontiers part à une conversation, car on veut le faire passer pour un fou.

d. Par contre, d'autres malades n'ont pas renoncé à la lutte; ils ne supportent pas les froissements de la réalité; ils s'irritent et s'emportent si on les contredit, s'ils voient commettre un acte qu'ils jugent impie. Plusieurs se mettent en fureur lorsqu'ils sont avertis par un signe impur (pollutions, règles) qu'ils ne sont pas encore de purs Esprits. Quand l'affaiblissement psychique s'accentue, le délire se con-

tente de manifestations extérieures, d'oripeaux puérils, d'une disposition symbolique des meubles, de gestes pleins de signification, de mots forgés par le malade, ou de caractères d'écriture mystérieux. Les modes de terminaison sont : 1° une démence lentement progressive, avec conservation partielle de l'intelligence ; 2° un délire systématisé avec idées soudaines et hallucinations, où les signes graphiques, les mots, les actes sont pris à contre-sens ; 3° une stupidité chronique avec état cataleptique, entremêlée de phases lucides ; 4° un marasme progressif (surtout lorsqu'il existe des affections constitutionnelles ; phthisie) qui résulte d'une insuffisance de la nutrition.

A côté de cette forme chronique dès le début, il existe une variété *subaiguë*, où le délire systématisé expansif ordinairement religieux, a le début et la marche d'une excitation psychique. Les hommes ont une tare héréditaire plus ou moins lourde ; les femmes, en outre, sont souvent anémiques ou mal réglées. Ordinairement, on se trouve en présence d'intelligences mal douées, ou enthousiastes, faciles à séduire, exaltées dès la jeunesse, d'esprits entiers et autoritaires. Dans la forme maniaque religieuse, le début est précédé par une dépression prolongée, par des raisonnements subtils et sans fin, par des lectures pieuses et des exercices religieux exagérés. Le paroxysme peut débuter brusquement, souvent après une solennité religieuse (prédications de missionnaires) ; les malades se mettent à prononcer des sermons, se proclament les élus de Dieu, en appellent à l'Esprit intérieur qui les pousse et leur donne des ordres. A cette période, les actes délictueux sont fréquents, surtout les sacrilèges ; en effet, les malades se croient seuls en possession de la vérité, tout le reste est l'œuvre de Satan. Arrivé à ce point, cet état pathologique peut rétrograder ; si l'excitation augmente au contraire, le malade passe dans la moria (voir ce mot). — *L'exaltation érotique subaiguë* présente les symptômes de la manie douce ; les malades croient s'apercevoir qu'on leur adresse des signes érotiques, des sollicitations amoureuses ; ils y répondent par des lettres et des poésies, par des toilettes excentriques ; ils montrent une animation particulière, leur conversation est plus vive, et ils ont toujours l'idée d'un mariage. Au début, ils dissimulent, puis ils font à leur entourage des confidences enthousiastes. Si la maladie ne rétrograde pas, cette forme se termine par un accès de manie véritable, reposant sur des idées érotiques : le malade s'agite, s'habille, se déshabille, s'habille encore ; sa toilette, l'ornementation de sa chambre, sont toujours plus extraordinaires ; l'humeur devient de plus en plus inconstante et irritable ; en même temps, les malades éprouvent le besoin d'embrasser, de flirter, de se parer de fleurs, de distribuer des bouquets, etc... Assez souvent, cet état peut devenir de la manie sexuelle (voir ce mot) ; ordinairement, cette forme succède à un chagrin d'amour véritable. Parfois, elle est précédée par une dépression accompagnée de craintes d'empoisonnement (hallucinations du goût et de l'odorat). — (Pour plus de détails, voir plus loin délire systématisé aigu sensoriel, dont ces cas se rapprochent ; voir aussi les cas analogues du délire chronique des persécutions.)

II. — DÉLIRE SYSTÉMATISÉ AIGU. GÉNÉRALITÉS.

Les formes cliniques du délire systématisé avec hallucinations sont extraordinairement multiples; elles varient par les symptômes, par la marche et par la terminaison. Un stade prodromique de durée variable (état nerveux, céphalalgie, insomnie, irritabilité, caprices, perte de l'appétit, congestions céphaliques) précède ordinairement l'explosion de la maladie proprement dite; d'autres fois, le début est marqué par une dépression vague, de la pesanteur précordiale, de l'angoisse, des larmes et des préoccupations religieuses. — Souvent, tous les symptômes psychiques manquent, surtout lorsque l'affection se produit après le stade de défervescence d'une maladie fébrile; elle est amenée progressivement ou elle éclate brusquement, après un choc moral, ou même au milieu d'un sommeil d'abord tranquille. Le début est variable : 1° c'est une angoisse vive, avec conceptions erronées de l'entourage et actes impulsifs (type mélancolique): 2° c'est une multitude d'illusions de nature à effrayer le malade ou à l'exciter; elles sont d'abord combattues, mais finissent par dominer la conscience et par réagir sur l'humeur et sur les actes (type maniaque); 3° ou enfin la conscience est obnubilée brusquement; les malades se trouvent isolés dans leurs rêves et leurs visions; leurs perceptions sont tantôt exagérées, tantôt faussées et deviennent alors des illusions. Leur aspect extérieur est celui de panophobiques agités, d'extatiques; ou bien leur délire n'exclut pas une certaine lucidité, et ils passent sans transition par tous les degrés d'obnubilation ou de lucidité.

Chez tous, on trouve un trouble aigu de la conscience, plus ou moins profond, continu, rémittent ou intermittent, et l'esprit est en proie à une série d'*erreurs des sens* et d'*idées soudaines*, qui sont coordonnées logiquement ou contradictoires.

Les hallucinations sont d'un *genre constant*, comme dans le délire systématisé aigu démonomaniaque. Ou bien elles sont incohérentes, *très variables*, de nature tantôt dépressive, tantôt expansive; elles procèdent par phases successives ou forment un assemblage incoordonné. Parfois, on voit intervenir toutes sortes d'idées brusques, amenées par une réminiscence quelconque, et qui, unies aux hallucinations, servent à composer les romans les plus étranges.

L'*humeur* aussi est variable; elle est sous la dépendance des hallucinations, et change en même temps qu'elles; tantôt gais, expansifs, par suite du délire ambitieux, ou plongés dans l'extase par leurs

brillantes visions, les malades sont, dans d'autres cas déprimés, anxieux jusqu'à la panophobie et désespérés; ou encore ils sont délirants mais tranquilles, en apparence indifférents et intérieurement agités. Parfois, l'une ou l'autre de ces directions d'humeur persiste pendant tout l'accès; d'autres fois, cette humeur passe brusquement d'un extrême à l'autre; dans beaucoup d'autres cas, une période d'exaltation suit la phase initiale de dépression. De même que dans le délire systématisé chronique, l'humeur est ici toujours *secondaire*, et cela est caractéristique; elle est produite ou entretenue par les erreurs des sens; aussi est-elle toujours assez mobile, étant sous la dépendance des idées soudaines et des hallucinations. Dans les périodes tranquilles, elle est neutre en quelque sorte, ou bien elle est représentée par l'irritabilité et la perplexité de la neurasthénie cérébrale.

On peut dire que ces dispositions maniaques ou mélancoliques, comme l'absence de tout état moral dans la stupeur, se répètent dans le délire systématisé aigu. Mais le rapport psychologique de ces modifications morales n'est pas le même que dans la mélancolie et la manie où la dépression est primitive, tandis qu'elle est seulement une conséquence dans le délire systématisé aigu; de même, dans le délire systématisé maniaque, les actes moteurs ne sont pas spontanés, mais sont des réflexes produits par les différents états de l'humeur, par les impulsions, et surtout par les erreurs des sens, si multiples. Le délire systématisé mélancolique n'est pas rigoureusement logique; les idées délirantes sont souvent incohérentes et contradictoires; cependant, dans certains cas et à certaines périodes, ces idées se présentent avec une certaine cohésion logique dans la conscience. Ces différents états cliniques peuvent se transformer l'un dans l'autre : une mélancolie peut, sous l'influence des illusions croissantes, devenir un délire systématisé aigu (V. *Mélancolie*); ou, inversement, un délire systématisé maniaque aigu peut devenir une manie réelle; mais c'est une simple ressemblance de *forme extérieure;* la charpente psychologique reste différente. Il en est de même pour le délire systématisé avec stupeur, et la stupeur réelle; l'arrêt de la volonté qui caractérise la stupeur, avec la suppression des perceptions extérieures, peut être observé comme étant la suite (réflexe psycho-moteur) d'un délire systématisé primitif avec hallucinations (pseudo-stupeur). Des phases de démence aiguë véritable peuvent aussi alterner avec une démence aiguë apparente, hallucinatoire; la différence clinique consiste en ce que la démence réelle laisse une lacune dans la mémoire, tandis que l'autre forme laisse le souvenir du délire (V. *Démence aiguë*). — Dans les formes démono-mélancoliques, les noyaux affectifs ont une persistance remarquable, se maintiennent pendant toute la durée de l'affection, et même donnent aux types cliniques si variables une physionomie caractéristique. Ces sentiments, ces souvenirs douloureux de faits antérieurs, sont masqués longtemps par les hallucinations multiples et la conduite hostile des malades; mais ils restent

actifs (ils déterminent la nature des hallucinations, et l'irritation continuelle que révèlent les actes). Assez souvent, ils deviennent évidents au moment de la convalescence, et expliquent alors la genèse de l'affection.

La *marche* de la maladie est très variable aussi; elle peut être aiguë ou suraiguë et durer quelques jours (périodes menstruelles) ou plusieurs semaines. Elle peut encore se prolonger pendant des mois, pendant une année et même davantage, de nouvelles poussées se produisant d'une manière successive (ce qui est très fréquent), ou l'accès étant constitué par une série de formes qui sont reliées par une dépendance physiologique (cycle). Les différentes formes sont caractérisées surtout par ceci, que le délire systématisé aigu peut être simple ou compliqué; *simple*, s'il existe seulement une affection hallucinatoire avec réaction morale et développement clinique varié; *compliqué*, s'il s'y ajoute une névrose motrice, et vaso-motrice (*status attonitus*). Ce dernier groupe, moins nombreux, contient non seulement des symptômes somatiques nouveaux, mais encore des symptômes psychiques modifiés d'une manière essentielle; par suite des troubles vaso-moteurs, la marche est plus longue (marche cyclique); aussi consacrerons-nous à cette forme une description particulière (v. délire systématisé aigu avec status attonitus, rigidité musculaire). — Les formes simples conservent rarement jusqu'à la fin l'allure du début; d'habitude, on voit se produire des épisodes intercurrents et plus ou moins prolongés, d'une autre forme pathologique (états mélancoliques et maniaques); ces troubles doivent être considérés tantôt comme la réaction sur le moral des erreurs des sens impérieuses, des illusions si variées et si propres à produire la confusion intellectuelle, tantôt comme des épisodes produits par l'affection vasomotrice ou par des névralgies. Le plus souvent, on observe des états d'excitation; la fuite des idées et le langage du malade représentent, dans ces phases de fureur, un mélange de délire ambitieux et de délire des persécutions, ou bien une combinaison confuse d'idées brusques, de mots inventés et d'associations anormales d'idées. Les mots peuvent être confondus, se transformer brusquement en un langage confus; le malade arrive à ne prononcer que des phrases délirantes et incohérentes, dont l'assonance est le seul lien. De même, les mouvements sont modifiés; ordinairement la mimique et les actes moteurs sont des réflexes produits par les idées soudaines et les erreurs des sens : dans les cas plus graves, ils n'ont plus rien de psychique et deviennent des actes purement automatiques. Plus tard, ces malades avouent qu'ils vivaient dans un état délirant qui ne rappelait en rien leur conduite antérieure et qui s'accompagnait de mouvements mimiques et de gestes inconscients et involontaires; cependant, une partie de ceux-ci ont pu être déterminés par des motifs dont le souvenir n'a pas été

conservé. — Dans les cas très intenses d'angoisse démonomaniaque avec stupeur, il peut aussi exister une agitation avec actes impulsifs et besoin de détruire; parfois ce sont des gestes choréiformes, des mouvements monotones, d'autres fois des actes déraisonnables (les malades se salissent, mangent toutes sortes de choses indigestes). Outre ces formes maniaques de caractère grave, on en trouve d'autres où ces phénomènes psycho-moteurs sont adoucis; on observe alors une grande activité musculaire, un bavardage sans fin, une gesticulation continuelle, des chants, des actes bizarres.

Au point de vue *somatique*, la marche de la maladie s'accompagne de troubles circulatoires et trophiques toujours très marqués. D'abord, la nutrition est affaiblie, la digestion et l'assimilation sont troublées ainsi que la vascularisation; les règles sont supprimées ou irrégulières (ménorrhagie, dysménorrhée); il existe des troubles vaso-moteurs. Dans les cas les plus graves, il se produit passagèrement de la parésie musculaire, du strabisme, etc... Les sensations céphaliques anormales de la période prodromique (céphalalgie intense, craquements dans la tête), disparaissent d'ordinaire quand la maladie est constituée.

Les *terminaisons* sont également multiples; la *guérison* est ordinaire, après un stade d'affaiblissement psychique plus ou moins marqué et de durée plus ou moins longue; s'il existait une complication somatique (affections aiguës gastro-intestinales ou convalescence d'une maladie fébrile, etc.), la guérison se produit en même temps que l'affection somatique prend fin. La réapparition des règles (précédant ou suivant de peu la guérison) peut produire une solution rapide, mais non toujours (V. *Psychoses menstruelles*). Dans l'hystérie et l'épilepsie, les attaques convulsives peuvent être remplacées par des épisodes de délire systématisé, apparaissant et disparaissant avec brusquerie.

Dans cette marche, il est intéressant d'attirer l'attention sur l'élément pathologique prédominant, sur les hallucinations; tantôt elles cèdent brusquement; tantôt le malade reconnaît que ce sont des erreurs des sens, mais il cherche encore à justifier son délire par des raisonnements (ce sont ses ennemis qui l'ont mis dans cet état pathologique); tantôt, enfin, les hallucinations de l'ouïe diminuent peu à peu d'intensité; les voix s'éloignent de plus en plus; elles sont confuses, et le sens des paroles échappe aux malades; ou elles persistent avec une intensité moindre, s'effacent de plus en plus devant les perceptions réelles, et finissent par disparaître complètement.

Le *souvenir* des hallucinations peut être très fidèle, ou incomplet, parfois sommaire; le plus souvent, il manque absolument. Il s'interrompt d'habitude au début du délire. Le malade reconnaît à sa pesanteur de tête, à sa dépression, et à quelques hallucinations isolées de la vue, qu'il vient de subir un accès. Mais ce souvenir peut, au contraire, peser lourdement sur l'esprit du malade, lui inspirer une vague épouvante et une angoisse

continuelle (par crainte d'une nouvelle rechute, dont les suites sont si douloureusement ressenties, sans qu'il s'en rende un compte exact); et cela dure des semaines et des mois. D'autres fois, le malade redoute ce souvenir, parce qu'il craint d'être compromis ou de nuire à sa famille; aussi ce stade consécutif au délire revêt-il un caractère marqué de mélancolie.

L'affaiblissement psychique est une période de transition fréquente dans le délire démonomaniaque accompagné d'hallucinations; c'est manifestement un épuisement cérébral avec irritabilité exagérée (absence de direction, erreurs sur les personnes de l'entourage, dans le sens de l'ancien délire; défiance; refus continuels; aboulie; colère toujours prête à éclater en accès qui durent tout un jour; réapparition des hallucinations). La période de transition qui suit les formes stupides est caractérisée par une torpeur cérébrale simple, avec affaiblissement de la mémoire et obtusion morale, mais sans irritabilité passionnelle; souvent il existe des perceptions exactes en même temps que des erreurs des sens non rectifiées par la conscience, qui est pourtant de plus en plus lucide; mais, après les formes avec exaltation, ces deux types peuvent être observés, et souvent des rechutes momentanées se produisent. Parfois aussi, un stade de délire systématisé tranquille, avec idées délirantes fixes, erreurs de perception et interprétations erronnées, conduit lentement à la guérison, au bout de plusieurs mois.

La *durée* de chaque paroxysme est aussi très différente suivant les cas; elle varie de quelques heures à plusieurs semaines, plusieurs mois et même plus d'une année. Toutes les formes aiguës de délire systématisé sont caractérisées par une grande tendance à la récidive, surtout les formes maniaques; dans ces formes, chaque paroxysme est parfois constitué par une série d'accès (voir plus haut).

Dans les cas défavorables, le délire systématisé simple se termine comme la vésanie typique : 1° par un délire systématisé secondaire avec hallucinations (ou idées brusques et incohérentes), qui présente un caractère spécial de *confusion*, correspondant à l'incohérence des idées existant déjà dans le plein développement de l'affection; 2° par un affaiblissement psychique progressif, qui peut être même une démence apathique, cette dernière se rattachant surtout aux troubles vaso-moteurs. — Quand il existe un fond hystérique ou épileptique, il faut ranger dans les modes de terminaison, la persistance de cet état névropathique primitif. Un paroxysme hallucinatoire de cette sorte peut exercer une influence heureuse sur l'état hystérique, à la même façon d'une forte crise.

DES FORMES DU DÉLIRE SYSTÉMATISÉ AIGU.

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE. — MODES DE TERMINAISON.

On peut distinguer les différents groupes suivants, d'après la nature des idées délirantes, la forme clinique et surtout d'après le rôle joué par le facteur le plus important, les hallucinations :

1° Délire systématisé aigu *sensoriel* avec hallucinations, « acute hallucinatorische Verrücktheit » des auteurs;

2° Délire systématisé aigu *mélancolique* (démonomaniaque);

3° Délire systématisé aigu *maniaque;*

4° Délire systématisé aigu *avec status attonitus* (catatonie);

5° Délire systématisé aigu *avec stupeur*, ou *stupeur hallucinatoire.* (Pour la description, voir l'appendice à la démence aiguë primitive.)

PREMIÈRE VARIÉTÉ.

Délire systématisé aigu sensoriel (avec hallucinations). — *Symptomatologie.* — On est en présence ici d'une affection psychique dont le début et la marche sont aigus; dont les traits cliniques essentiels sont des conceptions délirantes primitives et soudaines et des hallucinations d'un ou de plusieurs sens, l'intelligence conservant une lucidité partielle; de sorte que les erreurs des sens et les perceptions mal interprétées sont connus du Moi et qu'une réaction morale, tantôt dépressive, tantôt expansive, est produite. Les symptômes correspondent ainsi au délire systématisé typique (chronique) dont la forme serait devenue aiguë et dont la marche serait plus rapide. L'affection se termine très souvent par un stade maniaque qui conduit à la guérison ou par un état de délire systématisé secondaire, l'intelligence étant progressivement affaiblie tandis que les hallucinations persistent. La marche peut consister en un ou plusieurs accès séparés par des intervalles plus ou moins longs de lucidité et de calme relatif; c'est le délire systématisé aigu rémittent et périodique.

Type A. — *Délire systématisé exalté (cataménial), à forme suraiguë ou aiguë.* — Cette forme, assez rare du reste, s'observe toujours chez des femmes névropathiques, à lourde tare héréditaire, et presque toujours dans la jeunesse. Sans prodrômes marqués, la malade, *à l'époque menstruelle*, présente une exaltation en apparence soudaine; dans son délire, elle croit être de famille princière, elle croit être fiancée à un prince, etc.... Elle s'habille, prend des attitudes, et se conduit conformément à ces idées délirantes; elle interprète aussi dans le sens de ce délire tout ce qui l'entoure. Quand l'écoulement cataménial s'établit ou quand il cesse, l'enchante-

ment est brusquement détruit, et il ne reste de ces idées qu'un souvenir confus; la malade ne parle pas de ses idées passées, et n'aime pas qu'on y fasse allusion; dans les jours qui suivent, on observe de l'apathie, de la somnolence. — Dans d'autres cas, cet accès aigu menstruel peut se prolonger de huit à quatorze jours environ après la fin de la période cataméniale; la malade est dans un état extatique et reste sous l'influence d'illusions persistantes; toutes les perceptions sont interprétées d'une façon erronée; partout elle voit des signes de sa grandeur et de sa félicité; il se produit aussi des hallucinations de même nature. Sous l'influence de cet état délirant, la malade fait des gestes exubérants, prend des attitudes théâtrales, chante, déclame, envoie des baisers, et embrasse les personnes qui l'entourent; elle croit être Mignon, celui qu'elle aime est Wilhelm, etc..... Ce paroxysme, qui s'accompagne de troubles somatiques, d'insomnie, d'états congestifs de la tête, de refroidissement des extrémités, s'apaise ordinairement en même temps que l'on constate un sentiment de fatigue physique et de malaise nerveux; il ne reste, d'habitude, qu'un souvenir sommaire ou incomplet de cette période de délire. — De même, on a observé des *idées délirantes de grossesse* (dont le début et la marche sont aigus) et qui coïncident avec une suspension des règles; la malade bâtit sur cette donnée tout un roman, et sa conduite est souvent érotique; ce délire disparaît fréquemment lorsqu'on met la malade dans un autre milieu, et que les règles se rétablissent.

Type B. — *Délire ambitieux maniaque subaigu.* — Après un brusque début, la marche peut se prolonger, et le délire systématisé primitif peut présenter le type du délire systématisé ambitieux, de forme maniaque : le malade est impérieux, a de sa personnalité une opinion exagérée, illimitée (mais non persistante); il y a fuite des idées, et les actes sont désordonnés. Ces malades se recrutent parmi les névropathes, et les héréditaires, dont le développement physique et intellectuel était du reste normal (les agitations politiques ont une influence étiologique particulièrement active). Pendant les premiers jours, les malades s'intitulent bienfaiteurs de l'humanité, réformateurs, génies universels, et s'ingénient à construire tout un roman; cet état a parfois une ressemblance trompeuse avec le début d'une paralysie générale; mais la confusion peut être évitée, car on n'observe pas ici de troubles musculaires, et, psychiquement, on trouve une systématisation et une intensité particulières du délire, en même temps que la satisfaction, si particulière aux paralytiques, fait défaut. Les malades sont expansifs, parfois ils oscillent entre l'espérance et le découragement (on les méconnaît, on leur fait des méchancetés); tantôt ils se montrent indolents, tantôt exigeants et excités. Souvent les dispositions morales sont complètement cachées par la suractivité intellectuelle. Les conceptions ambitieuses sont extraordinairement exagérées, mais elles restent toujours dans le domaine du possible, bien que le jugement et la réflexion soient devenus insuffisants. La conscience est obscurcie, troublée par les hallucinations (Dieu leur parle; ils ont avalé le Saint-Esprit sous la forme d'une colombe blanche; ils voient des croix et des nuages d'or dans le ciel, etc....) et par l'interprétation délirante de

l'entourage. Au point de vue somatique, les symptômes les plus marqués sont l'insomnie, la diminution de la nutrition, des troubles circulatoires (congestions céphaliques et refroidissement des extrémités; pouls radial petit et serré). La marche est tout à fait irrégulière; les périodes maniaques, pendant lesquelles le malade est le jouet d'idées soudaines, d'impulsions subites et de réactions morales produites par les hallucinations (il détruit, salit, etc.), alternent avec des phases plus lucides. Au délire ambitieux se mêlent souvent aussi des idées de persécution. La guérison s'obtient au bout de plusieurs semaines, ou, plus fréquemment, de plusieurs mois, l'excitation furieuse s'apaisant progressivement; alors le délire systématisé dépressif-exalté se manifeste plus nettement; puis, il passe par une période d'épuisement caractérisée par l'apathie et l'absence de volonté avant que la guérison soit définitive. Des hallucinations ou des idées délirantes isolées persistent parfois, même après le rétablissement. La guérison intellectuelle peut être complète, mais le malade se souvient mal de son affection. Il faut redouter les récidives et la persistance d'une véritable lacune intellectuelle, plus profonde après chaque rechute.

Type C. — *Délire systématisé des persécutions avec hallucinations, aigu et subaigu.* — Il débute par une confusion intellectuelle s'établissant avec rapidité; le malade est perplexe, étonné; sa conduite devient impulsive (il cherche à s'enfuir); puis il tombe dans une agitation rapidement croissante, voit des ennemis dans ceux qui l'entourent, et ses illusions lui font croire à des manœuvres dirigées contre lui.

La folie périodique cataméniale revêt assez souvent cet aspect clinique; ordinairement elle est précédée d'une hyperesthésie sensorielle (sensibilité exagérée à toutes les impressions extérieures); puis se produisent des hallucinations de caractère hostile (ordinairement ce sont des hallucinations de l'ouïe); elles déterminent, par réaction, de l'anxiété, de la défiance, de l'irritabilité et de la colère. Au lieu des erreurs des sens, une idée obsédante, par exemple la crainte de voir apparaître un chien enragé, peut constituer le délire; en même temps la malade croit que son entourage lui est hostile; la conscience est obnubilée. La nature des hallucinations est très variable, mais elle présente un certain caractère étiologique; ainsi le délire des persécutions aigu ou subaigu des onanistes s'accompagne ordinairement d'hallucinations génitales; les malades entendent des obscénités, des propositions cyniques qu'on leur dit à l'oreille; des entremetteurs s'adressent à elles par le téléphone; on veut les épuiser en les obligeant à des coïts incessamment répétés, puis les condamner pour tentatives de suicide, etc..... Très souvent ces malades arrivent à croire qu'on les persécute au moyen de l'électricité; on fait parler les murs en les électrisant; partout elles entendent proférer des calomnies, des injures, surtout des railleries sur leur épuisement sexuel (V. Type G). Dans le *délire systématisé aigu des buveurs*, les hallucinations de l'ouïe et surtout de la vue (épithètes injurieuses, visions de soldats portant des armes brillantes; bruits de coups de feu, etc.) sont très fréquemment observées, (V. *Alcoolisme*). Dans le *délire systématisé aigu des prisonniers*, les malades entendent des voix railleuses, des taquineries, ou des menaces effrayantes

(menaces de punitions nouvelles); plus tard, la guérison peut être obtenue (en plaçant le malade au milieu d'autres prisonniers); ou bien il se produit un état chronique secondaire, avec hallucinations, affaiblissement psychique et excitabilité.

Type D. — *Délire systématisé aigu dépressif, puis expansif.* — Assez fréquemment, l'accès aigu de délire systématisé sensoriel se compose de deux phases, l'une dépressive, l'autre expansive, qui se remplacent mutuellement, comme dans le délire systématisé typique. La première a les caractères de l'anxiété mélancolique et présente des accès d'angoisse avec hallucinations, pendant lesquels le malade voit devant lui les abîmes de l'enfer ou les apprêts de son supplice; il sent son corps se diviser en mille parties et se dissoudre; un poids de cent livres lui comprime le cœur et l'empêche de respirer. Puis la phase expansive, apportant une joie trompeuse, se produit de diverses manières : 1° fréquemment, c'est un état délirant, accompagné d'hallucinations et d'une obnubilation plus grande de la conscience, qui ne permet plus que des relations isolées, obscures et illusoires avec le monde extérieur; le malade, martyrisé d'abord par ses hallucinations (moqueries, menaces), entend maintenant des voix célestes, qui lui promettent une récompense pour les injustices souffertes, la grâce divine, les grandeurs, ou (surtout quand le délire a une origine sexuelle) le mariage avec l'objet de ses désirs. Souvent, on observe des épisodes d'extase, sous la forme de stupidité catatonique; le malade, pendant des jours entiers, garde les yeux fermés; il se laisse diriger passivement, conserve, comme un automate, les attitudes anormales qu'on lui fait prendre; il oppose à tout une résistance passive; tente, avec hésitation, de faire quelques gestes et des mouvements qui ont une signification mystique; ou bien il se lève brusquement, marche au hasard, sans parler, puis retombe dans son immobilité primitive; — 2° de cette dépression confuse peut sortir la croyance à des destinées élevées, le malade croit être le Messie; le mauvais Esprit habite toujours son corps, mais le bon Esprit le possède aussi; il a trois natures, l'une bonne, l'autre mauvaise, la troisième servant de lien entre les deux premières; toute sa personne est partagée entre les deux Esprits, même ses organes génitaux. Le poids qui lui écrasait le cœur est diminué de moitié. Le malade devient léger comme « l'aile d'une colombe »; on grave en lui le nom de Dieu; le bon et le mauvais Esprit luttent en lui. Cet état peut devenir chronique, et conserver les éléments décrits (ordinairement en gardant le caractère de délire systématisé religieux); — 3° la phase expansive peut devenir rapidement une manie aiguë : (a) cette manie aiguë présente la marche de la manie douce; le malade est satisfait, chante, déclame; sa tenue et sa physionomie sont théâtrales, ses gestes mystiques; c'est ce qui se produit dans le délire systématisé d'origine hystérique ou sexuelle, et surtout chez les onanistes; (b) cette manie aiguë débute comme une manie furieuse (voir ce mot). C'est le résultat émotif de la lutte intérieure entre le bon et le mauvais Esprit (violence, irritation; croyance à un ensorcellement; hallucinations multiples; le malade voit des Esprits, des animaux, des anges; enfin, il détruit avec rage tout ce qui l'entoure, « pour trouver aide et pro-

tection »). — En ce qui concerne la *marche* et la succession des périodes dépressive et maniaque, on observe deux variétés ; ou bien ces périodes se remplacent simplement, ou bien elles sont séparées par une phase d'apathie avec parésie vasculaire, ce qui est surtout fréquent dans le cas de certaines lésions cérébrales consécutives à des excès alcooliques ou à une insolation. — La maladie *se termine* par la guérison ; mais celle-ci n'est pas toujours directement obtenue, le malade passe d'abord (a) par une nouvelle phase de délire systématisé dépressif, avec hallucinations terrifiantes ; (b) par un stade prolongé (2 à 3 mois) de délire systématisé sensoriel avec douleurs nerveuses interprétées d'une façon délirante. — Dans les cas *défavorables*, ou après plusieurs récidives, il se produit un état hallucinatoire secondaire, dans lequel la conscience est partiellement conservée, et qui s'achemine progressivement vers l'affaiblissement psychique.

Type E. — *Délire systématisé aigu avec dépression et exaltation simultanées.* — Ce type est ordinairement précédé d'épuisement cérébral et surtout de surmenage intellectuel ; au début, le malade ressent, d'une façon vague et obscure, une modification dans le fonctionnement de la pensée (son cerveau est muré, bouleversé, secoué par des frissons). Bientôt, ce sentiment s'objective, et il est expliqué par une persécution organisée contre le malade ; celui-ci montre dès lors une grande angoisse, qui cède peu à peu, lorsqu'il croit voir des signes lui annonçant sa haute mission et la fin de ses épreuves. Toutes les perceptions sont interprétées dans le sens du délire, la physionomie, les paroles et les habits des gens qui passent ; l'humeur est tantôt triste et tantôt gaie, suivant que les erreurs des sens sont de nature agréable ou pénible. Souvent, il est encore capable de se conduire, malgré toutes ces illusions, et cette correction suffisante se maintient pendant des jours, mais elle nécessite de sa part des efforts pénibles ; enfin, sa résistance est vaincue, et le délire s'établit progressivement, sans que le malade s'en aperçoive. Le Moi conserve une certaine lucidité pour apprécier les choses qui l'entourent, et toutes ces illusions ne suppriment pas la conscience. Les sentiments ambitieux, la croyance à la grâce divine, à une haute mission, sont conservés, règlent l'interprétation systématique des conceptions nouvelles, et l'on retrouve leur influence dans les moindres détails ; souvent aussi se produisent des phases de confusion intellectuelle, mais le Moi ne perd pas ses droits, et reste conservé alors même que le malade croit vivre à côté de personnages historiques, sur un navire ou dans un château. Quand l'intensité de l'affection augmente, les réactions morales deviennent plus intenses, et s'accompagnent de réflexes moteurs ; le malade offre passagèrement l'image de la fureur ; il en a les gestes désordonnés, la fuite d'idées, qui semble incohérente et incompréhensible, parce qu'elle ne permet d'exprimer que des fragments d'idées délirantes très intenses. Progressivement, mais souvent aussi d'une manière extraordinairement rapide (après un premier bain), l'agitation musculaire se calme, et l'intelligence commence à redevenir lucide ; mais une torpeur intellectuelle persiste d'habitude, ainsi que des idées délirantes fixes, une indifférence morale, et de l'irritabilité (qui caractérisent l'épuisement cérébral). Le besoin déraisonnable de tout

interpréter s'observe pendant assez longtemps encore pendant la convalescence. Celle-ci s'accompagne souvent d'un relèvement rapide de la nutrition. La guérison est, en général, complète; cependant les dernières idées délirantes ne s'effacent que lentement, après la sortie du malade; encore y a-t-il souvent des poussées nouvelles de délire avant la guérison définitive. La maladie dure de quelques jours à plusieurs semaines (1 à 2 mois). — Dans les cas défavorables, un délire systématisé chronique avec hallucination susbsiste, dans lequel le malade est toujours le jouet de ses idées subites et de ses interprétations délirantes; toutes les perceptions déterminent des illusions étranges (il voit dans ses aliments des têtes humaines); et enfin il s'enfonce définitivement dans ce monde de rêves, en présentant par intervalles des réactions mélancoliques, maniaques, ou la conduite insensée d'un dément (habillement ridicule, conduite puérile; discours emphatiques et confus).

Type F. — *Délire systématisé aigu hypochondriaque.* — Après une période où l'on n'observe qu'un état nerveux et un besoin angoissant de raisonner, la maladie éclate souvent d'un seul coup. Une rencontre fortuite, un avis dans un journal, une conversation, une douleur physique, font brusquement apparaître le délire systématisé; aussitôt le malade comprend l'énigme dont il cherchait la clef : sa poitrine est en pierre, son cœur est déplacé, son estomac est détruit. Il n'a plus de volonté, s'abandonne à une dépression profonde; ne fait plus aucun mouvement, ou se pelotonne sur lui-même (réflexes moteurs produits par les sensations organiques anormales). Ces interprétations construisent tout un roman pathologique: l'épiglotte est tombée dans le larynx; le cou ne tient que par un fil; les aliments tombent dans le thorax, les liquides vont dans le péricarde; le poumon s'est rétracté, n'a plus que la grosseur d'une noix, il est percé; la moelle s'est écoulée. Le malade se croit indestructible; après la mort apparente, les nerfs continuent à vivre et à fonctionner dans l'air, etc... Le refus de la nourriture, la méfiance envers l'entourage, une résignation qui n'exclue pas les soupirs ni les plaintes, des violences soudaines, constituent le tableau clinique, qui restesa le même pendant des semaines. Lentement, ou d'une manière brusque (après une fièvre typhoïde, ou après la guérison d'une affecttion gasro-intestinale aiguë), la tension psychique disparaît, et la guérison est obtenue. Les récidives sont très fréquentes; elles viennent plus tôt ou plus tard, et souvent reproduisent exactement le premier accès; d'autres fois, ce sont des accès aigus de délire des persécutions ou de délire exalté (manie de faire des plans; sentiment exagéré de la personnalité, et irritabilité; humeur changeante; tendance à interpréter, à soupçonner, et à faire des excès). Souvent tous ces états se remplacent périodiquement les uns les autres, avec des intermissions durant une année.

Type G. — *Délire systématisé cérébro-spinal aigu* (ou plutôt *subaigu*). — Enfin, le délire systématisé cérébro-spinal rentre aussi dans ces formes à marche aiguë (ou plutôt subaiguë); il repose, le plus souvent, sur un fond d'alcoolisme. Il est précédé d'un état nerveux; le malade voit les objets en noir, ressent une chaleur à la tête, des tiraillements dans le corps, de l'oppression précordiale; son sommeil est troublé par des cauchemars; en même

temps il soupçonne qu'il se trame quelque complot. Puis le délire éclate brusquement, souvent au milieu de la nuit; des Esprits mauvais apparaissent au malade, et les douleurs névralgiques lui font croire qu'il est attaqué et possédé par eux ; la nature de ces Esprits est révélée par celle des sensations ressenties, qui soulagent ou qui sont pénibles; par suite, le malade se montre défiant et hostile, ou sociable. Pendant la marche de l'affection, ces esprits luttent dans le corps du malade qui en souffre (névralgies).

Celui-ci prie pour la victoire du bon Esprit, qui lui permet de respirer librement; au contraire, il cherche à mettre en fuite les mauvais Esprits par toutes sortes de procédés ; il se fait une saignée au pied, s'écorche la peau, etc... Dans toutes les parties de son corps, il entend des voix qui lui parlent. Les mauvais Esprits guident aussi ses jugements, lui montrent ce qui est bon ou mauvais, ce qu'il doit faire et ce qu'il doit éviter; il les respire, il les crache (dès qu'il reconnaît, à des élancements ressentis dans la région cardiaque, qu'il a avalé un « mauvais Esprit »). L'humeur est variable, gaie ou déprimée. Progressivement, les Esprits deviennent moins nombreux, les sensations s'apaisent et disparaissent, les conceptions raisonnables se reproduisent. Au bout de quelques mois, le malade est guéri.

DEUXIÈME VARIÉTÉ.

Délire systématisé aigu mélancolique. — Il est précédé par un état nerveux ou par une dépression réelle (mélancolique); puis le malade tombe brusquement dans un délire confus avec hallucinations, en même temps que le sentiment douloureux intime persiste et s'exagère. Les perceptions deviennent des illusions qui confirment le délire; on observe parfois des épisodes de délire expansif. La marche est aiguë, subaiguë ou prolongée, la conscience étant plus ou moins obscurcie, et présentant souvent des périodes de lucidité relative; parfois se produisent des accès d'agitation confuse et d'angoisse. Enfin cet état se termine : 1° par la guérison, qui souvent survient avec rapidité, mais qui souvent aussi passe d'abord par un stade d'épuisement psychique plus ou moins prolongé, la disposition mélancolique diminuant peu à peu; l'intelligence redevient claire, mais le souvenir de ce qui s'est passé est presque toujours très incomplet; 2° par la démence incurable.

a. Les formes *légères* sont précédées par un stade de dépression morale, d'indifférence et d'indécision; des illusions soit insidieuses et isolées, soit très intenses et obscurcissant la conscience, s'établissent souvent sans qu'on s'en aperçoive, au milieu de la nuit, après une émotion vive, après un phénomène naturel effrayant (orage); les malades entendent des menaces, ont des visions terrifiantes, assistent au jugement dernier; ils sentent des odeurs de vase, etc... ; les hallucinations provoquent de l'agitation; les malades font des contorsions incessantes dans leur lit, sans faire de bruit; ils s'élancent hors du lit, se jettent à genoux,

joignent les mains et croisent leurs doigts avec tant de force qu'ils s'arrachent l'épiderme; ou bien, ils s'attachent brusquement à une personne quelconque avec une expression égarée, cherchent à s'enfuir; ils sont insensibles à la douleur. Tout leur paraît changé; le soleil et la lune ont perdu leur éclat; toutes les couleurs sont éteintes; les morts errent autour d'eux. Tout leur annonce, leur prédit des épouvantes toujours plus grandes; parfois, le malheureux, en proie à une mortelle angoisse, est soulagé par un flot de larmes; ou bien il cherche à alléger ses tourments intellectuels en torturant son corps; ou, enfin, il pousse des cris de douleur et de désespoir, qu'il répète automatiquement, jour et nuit; il peut arriver ainsi jusqu'à une excitation maniaque. D'autres fois, au contraire, les malades présentent un désespoir religieux, prient jour et nuit, refusent toute nourriture, repoussent ceux qui veulent leur parler, et se mettent alors à pousser des hurlements. D'ordinaire, il existe des troubles intenses de la sensibilité (douleur précordiale et névralgies intercostales; sentiment de pesanteur dans le corps); plus tard se produisent des contractions réflexes dont le point de départ est psychique, et qui se traduisent par des grimaces, par l'occlusion des yeux, par des mouvements rhythmiques des bras, des secousses du tronc, l'adduction et l'abduction des jambes, etc... Le pneumogastrique est aussi le siège d'actes réflexes (accès de laryngite striduleuse, modifications du rhythme respiratoire); la contraction des vaisseaux détermine un pouls petit et de fréquence variable. S'il ne se produit pas de phases de catatonie (elles sont fréquentes), cet état d'obnubilation disparaît au bout de quelques semaines, en même temps que les sensations douloureuses, les hallucinations et les troubles vaso-moteurs; le malade commence à pouvoir se diriger, voit le monde extérieur tel qu'il est, au lieu de le voir « retourné ou déplacé ». La nutrition se relève, les idées fausses sont peu à peu corrigées, et l'angoisse diminue. Chez les femmes, la menstruation détermine souvent la crise. Le guérison est la règle, mais le pronostic doit être réservé, car les récidives sont à craindre.

b. Les formes graves de délire systématisé mélancolique primitif appartiennent au groupe démonomaniaque; leur marche est subaiguë, presque toujours elle comprend plusieurs mois, ce qui correspond à la gravité de la lésion cérébrale, ou plutôt à l'intensité de l'anémie, qui est constante (souvent les règles sont supprimées). Le fond de la symptomatologie est, en somme, une angoisse épouvantable avec illusions et hallucinations terrifiantes, obnubilation de la conscience, réaction passionnelle violente (ordinairement sous la forme d'une fureur stupide).

Le stade prodromique peut souvent être impossible à constater; c'est une dépression morale plus ou moins nette, avec troubles nerveux vagues, tels que des sensations de tiraillement et de déchirure dans les membres. L'explosion de la maladie est subite, et se fait parfois au milieu de la nuit, après quelques heures de sommeil normal (dans un cas que j'ai observé, l'accès débuta après des excès alcooliques, par lesquels le malade avait

cherché à combattre le sentiment d'affaiblissement musculaire qu'il éprouvait). Assez fréquemment, on observe auparavant une phase de délire systématisé religieux; le malade voit le Christ, prononce des sermons à haute voix. Un acte de violence ouvre souvent la scène, en même temps que le trouble de la conscience est tout de suite profond; dans ce trouble, on retrouve quelques fragments de délire démonomaniaque avec hallucinations (visions de diables, de sorcières) et avec angoisse violente. Le malade présente les symptômes de la confusion intellectuelle avec stupeur; il ne reconnaît pas ceux qui l'entourent, et souvent se livre envers eux, tout à coup, à des actes de violence dangereux. Des cris terribles et une rage aveugle de destruction alternent avec la perplexité et l'angoisse. Ces symptômes peuvent durer plusieurs semaines, et le retour brusque à une lucidité plus grande forme avec eux un constraste marqué; le calme revient, mais le malade se montre défiant, craintif, et ne se rend pas compte de ce qui l'entoure, ni de sa situation. Les hallucinations sont toujours plus intenses (surtout celles de l'ouïe et de la vue, les autres sens étant d'ailleurs affectés aussi); elles produisent de la panophobie, des impulsions et des actes impulsifs dangereux. La panophobie peut revêtir un caractère de négation; en voyant un mets qu'on lui offre, le malade pousse des cris et veut qu'on en apporte un autre; à la vue de ce qu'il a demandé, il éprouve la même angoisse et répète le même refus. Le délire consiste, en partie, dans des manifestations qui répondent aux hallucinations terrifiantes, impérieuses, qui changent sans cesse et torturent le malade, en partie dans des idées confuses, souvent dans la répétition incessante de mots bizarres et sans lien entre eux (par exemple : « tonneau de beurre »). Aux idées délirantes démonomaniaques, s'ajoutent souvent des idées érotiques, lascives, ou religieuses. On observe fréquemment des contractions choréiques du visage, des grimaces. Le trouble profond de la conscience persiste, comme du reste l'alternance irrégulière de périodes de délire et de lucidité relative. Dans les cas les plus graves, la réaction morale atteint les plus extrêmes limites de la fureur : le malade détruit tout ce qu'il peut atteindre; il est malpropre, mange des matières fécales; son intelligence est plongée dans une confusion complète, il se sert de mots dénués de sens et rattachés entre eux seulement par l'assonance. Il se livre à des actes puérils, bizarres et absurdes, sans motif apparent; il se bouche les oreilles et le nez pour que le vent n'y puisse pénétrer; il se déshabille complètement, et veut donner tous ses habits et même sa chemise. Il reste immobile à regarder un mur, fixe longtemps le soleil, ferme les yeux pendant qu'il travaille; il se masturbe cyniquement, etc... La nutrition est affaiblie; on observe souvent de la polyphagie, de la polydipsie, et de l'hyperhydrose; peu à peu les malades redeviennent plus calmes, et la lucidité reparaît lentement; mais l'angoisse persiste, et souvent si intense que la vue d'une personne supposée hostile produit des mouvements convulsifs; la conception erronnée de l'entourage est également persistante, les malades ne se rendent pas compte de leur situation, et ne se savent pas qui les entoure, même après que plusieurs mois se sont écoulés. Parfois, ils traversent alors une phase d'épuisement cérébral, pendant laquelle ils sont incapables de tout travail et doivent être dirigés

dans tous leurs actes. A plusieurs reprises, un délire démonomaniaque assez net se reconstitue, mais la stupidité première s'efface peu à peu. — Dans d'autres cas, ce stade est suivi d'une sensibilité et d'un malaise particuliers, à la fois psychiques et corporels, qui sont souvent exagérés par la cause la plus légère; par exemple, une contradiction peut produire des accès de colère persistant pendant des heures, et faire reparaître la confusion intellectuelle, les illusions et les hallucinations; de nouveau, les malades, brusquement excités, courent à droite et à gauche, fuient l'approche de leur « persécuteur diabolique », refusent de parler au médecin, etc... Chez les femmes, le retour de la menstruation marque le début de l'amélioration, qui est lentement progressive. Il faut refaire, en quelque sorte, l'éducation des malades, pour leur faire apprécier les choses d'une façon exacte; souvent ils font des questions incessantes et cherchent à se rendre compte des faits. Ils passent d'abord par une période d'affaiblissement avec excitation (besoin de discuter, bavardage puéril, arrogance absurde), puis, avec beaucoup de peine, ils arrivent à fixer quelques idées et recouvrent une appréciation plus normale des choses. Certains malades retrouvent alors leur ancienne personnalité, mais, pendant quelque temps encore, ils parlent d'eux-mêmes comme d'une personne étrangère. L'humeur, pendant assez longtemps, est encore représentée par un manque d'énergie, de la sensiblerie, de l'angoisse, de la perplexité et de l'incertitude; ils ont une attitude indolente, niaise, apathique. Dans leur conduite, ils sont irritables, capricieux, parfois emportés. Souvent ils ont pleinement conscience de leur affection passée, lorsqu'ils sont sortis de l'Asile et rentrés dans leur famille. — Au lieu de ce stade de transition prolongé, avec faiblesse et irritabilité, la terminaison se fait quelquefois par une période de délire religieux exalté.

La convalescence est toujours caractérisée par la disparition de l'anémie, le relèvement de la nutrition; de sorte que, parfois, l'état général est de beaucoup meilleur qu'avant la maladie. — Les récidives sont à craindre, surtout si les causes d'affaiblissement persistent (abus sexuels, onanisme; ménorrhagies). Quand la marche est défavorable, un état chronique avec hallucinations s'établit d'une façon durable; l'élément émotif diminue ou disparaît, et souvent on observe un rétablissement partiel. — Dans les cas graves, l'agitation démonomaniaque et l'angoisse peuvent devenir *chroniques* et durer pendant des années; un jour ressemble exactement au précédent, une nuit à l'autre, et le malade répète constamment les mêmes cris, les mêmes gestes (qui deviennent enfin purement automatiques), les mêmes plaintes au sujet des voix qu'il entend, les mêmes malédictions contre lui-même, et il cherche, avec une ardeur croissante, à combattre le démon avec lequel il s'est longtemps identifié. — Un dernier mode de terminaison est une *démence* consécutive, qui marche progressivement et qui est enfin de caractère apathique. Cette démence peut suivre immédiatement le stade de délire systématisé aigu, surtout lorsque ce stade était accompagné de congestion intense et de manie réactionnelle violente (grave). Elle est représentée, non par un affaiblissement simple des facultés intellectuelles, mais par une *stupidité* remarquable,

qui rappelle les symptômes de la compression cérébrale (peut-être par œdème cérébral).

Le malade, d'abord agité et rempli d'angoisse, est maintenant affaissé, ne délire plus, reste dans un coin, la tête fléchie sur la poitrine (parfois même on observe une myosite des muscles contractés, et un raccourcissement des fléchisseurs); il ne s'occupe plus de ce qui l'entoure, ne fait aucune réponse quand on lui parle, ou ne répond que par des larmes; si on le presse davantage, il laisse échapper quelques paroles brèves, sans émotion marquée, et ces paroles sont en rapport avec son délire mélancolique et ses idées de persécution (tout le monde le tourmente; rien de ce qu'il fait n'est bien; on veut qu'il fasse autrement qu'il ne peut; on dit qu'il est un diable, et qu'il faut en finir avec lui, etc). Il oppose des refus de plus en plus obstinés à ce qu'on lui demande, et peut tomber ensuite dans la stupeur avec rigidité musculaire. A cette époque, un traitement énergique peut être parfois suivi de succès (frictions répétées sur la tête avec le tartre stibié); le malade devient alors plus communicatif et plus facile à diriger, mais il conserve ses idées délirantes de possession démoniaque, qui se rattachent à toutes sortes de paralgésies et de paresthésies; peu à peu, il arrive cependant à une lucidité plus grande. Dans les cas défavorables, la stupidité devient chronique; les malades refusent obstinément de se laisser approcher, et le geste le plus inoffensif provoque chez eux des mouvements réflexes de défense désespérée. Enfin, l'indifférence et la passivité deviennent progressivement extrêmes, et pendant des années le malade doit être soigné comme un enfant. Les stades terminaux sont très analogues à ceux de la démence aiguë avec hallucinations.

TROISIÈME VARIÉTÉ.

Délire systématisé aigu maniaque. — Ce délire éclate brusquement, presque toujours au milieu d'une existence psychique normale (chez les héréditaires lourdement tarés, ce début peut succéder à une forte émotion); souvent aussi, on observe, avant le début, un état nerveux plus ou moins prolongé, une dépression vague, ou, plus rarement, bien marquée (voir plus loin). Comme causes prédisposantes, signalons l'affaiblissement de la constitution, l'anémie, surtout chez les hystériques et les masturbateurs; les femmes sont plus souvent atteintes, à cause de la menstruation et de la puerpéralité. Dès le début, s'établissent des hallucinations nombreuses produisant l'obnubilation de la conscience; puis on observe de l'agitation et une gesticulation confuse et désordonnée, interrompues par des phases lucides; il n'existe pas d'autres caractères expansifs; au contraire, les malades sont indifférents; certaines manifestations sont déterminées par des impulsions brusques et les hallucinations du moment, et sont également changeantes et capricieuses. Le langage est incohérent, les assonances étant plus fortes que les associations

logiques; les souvenirs sont sommaires et incomplets. La marche, aiguë ou subaiguë, se termine par la guérison, qui est directement obtenue, ou précédée d'affections somatiques intercurrentes (diathèse furonculeuse, ou simplement règles); plus rarement cette guérison est lentement amenée, après un stade d'affaiblissement intellectuel simple ou compliqué. Pendant la convalescence, la nutrition se relève, les troubles fonctionnels disparaissent (retour de la menstruation) ainsi que les troubles vaso-moteurs. Les récidives sont à craindre, et aussi, dans certaines formes, l'établissement d'une périodicité irrégulière.

La période prodromique est assez souvent représentée : 1° par un état nerveux simple; 2° par une excitation maniaque de courte durée, avec fuite d'idées modérée, langage affecté, prétentions excessives, affairement continuel; 3° souvent, par une perplexité subite et des préoccupations hypochondriaques qui agitent le malade; celui-ci se plaint d'une grande fatigue, d'abattement, de contractions répétées des yeux, de piqûres à la tête, de frissons intérieurs, de brusques secousses dans les bras; il a peur que son sang ne soit empoisonné, qu'on n'ait introduit dans son corps des substances dangereuses, etc... Puis des hallucinations multiples éclatent, et portent la confusion dans l'intelligence.

Le malade se trouve plongé, presque tout à coup, dans un monde de rêves; il ne reconnaît pas ceux qui l'entourent, ne prononce que des paroles confuses qui révèlent son angoisse : lui-même ou l'un de ses parents est condamné à mort, etc... L'agitation augmente; il crie des commandements ou des injures; en une heure, on le voit tour à tour expansif, excité, puis somnolent, indolent, hébété. Les gestes et la mimique sont infiniment variés, et chaque manifestation est aussitôt interrompue; ces actes moteurs changent d'une minute à l'autre; ils se rattachent aux hallucinations et aux illusions qui changent sans cesse (sensation de poussière déposée sur la peau), et à des impulsions brusques, d'une violence aveugle. Par intervalles, le malade est plus calme, et, par ses gestes et ses attitudes, traduit des sentiments érotiques ou religieux; il prend aussi des positions majestueuses; il drape et dispose ses vêtements de la façon la plus bizarre; le tout, avec une hâte précipitée et des changements capricieux, sous l'influence d'idées passagères; la conscience est obtuse, parfois obscurcie au point que les malades n'ont plus de perceptions et n'entendent pas ce qu'on leur dit. Par moments, ils sont stupides, et semblent ivres; ils se heurtent à tous les obstacles sans les voir. Puis, des phases plus lucides surviennent, souvent tout d'un coup, pendant lesquelles les malades peuvent comprendre certaines questions et y répondre; ils se rendent compte des faits extérieurs, et leur conduite est plus sensée. Suivant l'état de la conscience, le langage est variable : ce sont tantôt des mots isolés, et répétés sans cesse; tantôt des assonances dénuées de sens; parfois, des réminiscences quelconques, des chansons, ou une conception brusquement trouvée par le malade et qu'il exprime par des chansons ou une déclamation théâtrale. Par moment, il prononce des phrases raisonnables mais courtes.

Quand le trouble de la conscience augmente, les actes moteurs ne sont

plus que des réflexes et les symptômes ressemblent à ceux de la manie grave. Les malades déplacent sans cesse leurs meubles, s'habillent et se déshabillent; ou bien même ils détruisent tout, salissent, etc. On observe très souvent des congestions céphaliques, une élévation de la température céphalique et axillaire, un rétrécissement des pupilles, parfois du tremblement et une déviation latérale de la langue, un bruit de souffle cardiaque passager.

Convalescence : 1° Elle est rapidement obtenue, même après une ou deux semaines seulement (parfois un embarras gastrique a pu jouer le rôle de phénomène critique); elle est menacée par une grande tendance à des récidives. Ces cas de délire systématisé aigu exalté correspondent, par conséquent, aux manies rémittentes. Il est assez fréquent de voir plusieurs récidives se produire coup sur coup; dans les intervalles, on observe un état d'épuisement et de calme, avec torpeur et indolence (cauchemars); 2° elle n'est atteinte qu'après un long stade de transition (affaiblissement intellectuel, puérilité et irritabilité, moria), ou bien après une période de confusion intellectuelle et de perplexité. Le malade, absorbé, présentant une physionomie étonnée et craintive, semble « tomber de la lune », suivant l'expression vulgaire; tantôt indécis, tantôt s'emportant brusquement sans cause appréciable, s'isolant ou se montrant hautain et effronté, il reste longtemps impossible à comprendre; il fait des réflexions dénuées de sens, il tremble de peur, puis tout à coup saute et fait des gestes étranges. Dans la même minute, il se montre soumis et obséquieux, puis menaçant et inabordable. Si cette moria ne se termine pas par la guérison, on peut voir s'intercaler une phase de dépression torpide, avec délire de culpabilité et impulsions violentes, qui dure fort longtemps avant de se terminer par la convalescence. Le souvenir est toujours incomplet, souvent tout à fait sommaire; parfois, il est complètement erronné et reste tel longtemps, jusqu'à la guérison qui amène enfin le redressement de ces idées fausses; jusqu'à ce moment, les lacunes sont remplies par toutes sortes de réminiscences de la période délirante, réminiscences qui sont à moitié vraies, à moitié inventées; souvent les faits perçus dans la période de demi-lucidité sont interprétés d'une façon tout à fait fausse. Enfin, dans d'autres cas, des événements imaginaires et inventés de toutes pièces pendant cette phase délirante, sont racontés par les malades; ils parlent de batailles où ils entendaient la canonnade et voyaient des mares de sang; ils ont voyagé dans diverses planètes; ils ont subi des transformations, etc. Souvent, on retrouve dans leurs récits des illusions qui leur étaient fournies par leur entourage (états voisins de la stupeur avec hallucinations).

Outre ces formes, dont la durée ne dépasse ordinairement pas quelques semaines, il en existe d'autres qui sont *plus prolongées* et qui peuvent s'étendre sur une période de plusieurs mois ; la constitution hystérique y prédispose. Les symptômes typiques sont les suivants : le développement aigu de l'affection ; un trouble rapide et profond de la conscience avec phases de demi-lucidité ; des interprétations erronnées de l'entourage ; l'obéissance des malades à des impulsions et à des idées soudaines (les hallucinations sont souvent peu nombreuses) ; l'humeur est changeante et capricieuse ; le malade éprouve le besoin de commettre des actes répréhen-

sibles (il déchire, salit, etc.), de faire de mauvais tours et de jouer une sorte de comédie niaise; il se livre à des vantardises, s'abandonne à des idées ambitieuses très variables; il est très irritable, puis indolent, passe brusquement de l'excitation au calme et par tous les degrés de la lucidité et de l'obscurité de la conscience; la maladie présente un stade prolongé de transition, où l'on remarque de l'affaiblissement intellectuel avec irritabilité, des idées subites qui sont des idées ambitieuses ou des idées de persécution, des troubles vaso-moteurs, des congestions passagères, de l'anémie. Enfin, la guérison est atteinte peu à peu, retardée par plusieurs rechutes dont l'intensité décroît progressivement.

THÉRAPEUTIQUE.

Le délire systématisé aigu doit être traité d'après les règles applicables aux états aigus de manie, de mélancolie, et de démence (épuisement aigu). Il faut tenir compte ici des causes physiques si fréquentes, et des affections somatiques concomitantes (embarras gastrique aigu, troubles de la menstruation, affections utérines, anémies aiguës). D'ordinaire, il convient de placer ces malades dans un Asile; et ce placement aura un effet d'autant plus utile qu'il aura lieu plus tôt. Dans l'asile, le médecin devra surtout choisir le moment opportun pour isoler le malade ou le faire vivre au milieu des autres; il sera guidé pour cela par cette considération que le *cerveau* de ces malades est *épuisé*, qu'on doit leur assurer le repos, éloigner d'eux toute cause d'excitation, avec plus de soin encore que pour les maniaques ordinaires. Tantôt, l'isolement prolongé est nuisible; tantôt il est mauvais pour le malade d'avoir un entourage quelconque, parce que tout ce qui l'approche est une cause d'illusions. Pour traiter cette affection, il faut se régler d'après les circonstances du moment. Dès que cela est possible, on s'efforce de donner une occupation au malade et de fixer ainsi son attention; mais il faut en cela se montrer très prudent, car la moindre fatigue peut avoir de fâcheuses conséquences. La sensibilité capricieuse des malades doit être très ménagée, et il faut éviter les contradictions qui ne servent qu'à les exciter. On ne doit pas chercher à redresser l'intelligence faussée, avant que le cerveau ait repris des forces et que la nutrition ait été relevée. Tant que les illusions persistent pendant la période aiguë, il faut se montrer très prudent au sujet des relations avec l'extérieur (lettres et visites). Si la nutrition est redevenue normale, si le malade a recouvré une lucidité suffisante, s'il est capable de se diriger lui-même, et s'il ne subsiste plus dans la conscience que des vestiges de l'ancien délire, alors on tente de laisser vivre le malade au dehors, dans un milieu convenable. D'ordinaire, le contact de la réalité suffit à cette époque pour produire

la lucidité complète et la guérison. Pour le traitement **somatique**, l'indication principale est de relever les forces (régime; hypnotiques; bains; hydrothérapie prudente). Lorsque l'affaiblissement cérébral se manifeste par une irritabilité persistante, des doses légères d'opium, administrées avec persévérance, ont une action tonique souvent très marquée. — Pour le pronostic, il faut toujours penser à la possibilité des récidives, et à la fréquence d'accès répétés mais qui durent peu. Chez les femmes, la menstruation doit être surveillée.

Le délire systématisé aigu *avec status attonitus* (catatonie) est justiciable du même traitement. La phase stupide et la démence catatonique nécessitent un traitement tonique, comme la démence aiguë. Les phases dont nous venons de parler et la démence aiguë représentent les types principaux de l'anémie cérébrale, compliquée très probablement d'œdème consécutif; il convient donc d'ordonner le repos au lit, l'administration de vin, et au besoin de ne pas tarder à recourir à l'alimentation par la sonde. Il faut éviter avec grand soin, *au début*, toutes les excitations portant sur la tête (douches, frictions avec le tartre stibié). Il faut, au contraire, surveiller les congestions passagères, et les combattre au moyen d'applications de glace. Dans la démence catatonique, qui souvent se prolonge pendant des semaines et des mois, l'opium à doses modérées est souvent un tonique excellent. De plus, il faut surveiller attentivement les malades pour les empêcher de se faire du mal à eux-mêmes, et instituer un traitement psychique approprié à chaque cas; parfois, il est nécessaire de leur donner une nouvelle éducation. Pour lutter contre les parésies vaso-motrices, on aura recours avec avantage à la faradisation (pinceau), aux grands bains tièdes, et aux bains de mains répétés. Bien entendu, tous ces moyens, si variés, et qui doivent être modifiés suivant les différentes phases de l'affection, ne peuvent être appliqués que dans les asiles. Dans la démence catatonique secondaire, on doit utiliser les douches de tête, mais avec prudence, et en les répétant suivant les indications.

QUATRIÈME VARIÉTÉ.

Délire systématisé avec Status attonitus. — Catatonie (1).

Bibliographie. — Kahlbaum, *Katatonie, Monogr.*, 1874. — Rust, *Katatonie, Thèse inaug.*, 1879. — Kiernan, *Alien. and neur.*, 1882. — Du même, *Detr. Lancet*, 1884. — Jensen, *Allg. Encyct. d. Wiss. und Künste* (*Ersch und Gruber*), 2e série, vol. 24. — Hammond, *Amer. Journ. of neur. and psych.*, 1883.

La *catatonie* est un type clinique particulier du délire systématisé aigu avec hallucinations; elle est caractérisée par ce fait qu'on voit se

(1) J'ai emprunté au Dr *Kahlbaum* l'expression, aussi brève que significative, de « catatonie », bien que ma description des types cliniques diffère, en certains points, de celle qui a été donnée par mon savant confrère. (*Note de l'auteur.*)

produire une raideur musculaire durable ou intermittente, en même temps que la conscience, remplie par les hallucinations et les illusions, est plus ou moins complètement fermée aux perceptions extérieures. Les muscles, raidis dans une position fixe, peuvent exprimer par cette attitude un sentiment déterminé, et traduire au dehors une idée délirante (le malade semble faire de l'escrime, prononcer un sermon, garde l'attitude du crucifiement); ou bien cette raideur peut être d'origine organique et non psychique (raideur cataleptique ou tétanique). De même, l'intelligence peut être toujours dans l'état de rêve du délire systématisé aigu, ou tomber dans une démence réelle temporaire (stupeur); dans les deux cas, la guérison complète est possible; dans le dernier, elle est précédée d'un état particulier d'affaiblissement psychique, avec des retours de catatonie par intervalles. L'affection a une marche toujours cyclique, et s'accompagne constamment de troubles vaso-moteurs très marqués (c'est une véritable psycho-névrose); elle passe par des alternatives d'excitation, de dépression, et de raideur musculaire, qui semblent physiologiquement liées à la marche de la névrose vaso-motrice. La terminaison est la guérison, ou un affaiblissement psychique durable (d'un caractère spécial). — En clinique, les différents types de catatonie se distinguent facilement d'après la forme de délire systématisé sur laquelle ils reposent. Je distinguerai donc une catatonie *expansive*, une catatonie *dépressive* (de forme religieuse ou démonomaniaque), et un troisième groupe, à caractère *hystérique*.

Dans ce dernier groupe, qui est une forme fréquente de délire systématisé hystérique, on observe d'abord une phase d'excitation maniaque. Au point de vue somatique, on remarque qu'il s'agit toujours de constitutions altérées (altérations congénitales ou acquises) et qu'il existe presque toujours, en même temps, une anémie plus ou moins marquée. L'onanisme est une cause fréquente. Les individus jeunes sont plus disposés à cette affection que les individus âgés; la puberté détermine un grand nombre de cas; le sexe féminin est plus fréquemment atteint.

Forme expansive religieuse. — La maladie débute immédiatement par un délire systématisé religieux aigu, ou bien ce délire est précédé par une période hypochondriaque (plaintes incessantes, anxiété, agitation, remords). Puis le malade devient plus calme, taciturne, il s'isole, consacre ses jours et ses nuits à des macérations religieuses et à des prières continuelles; il répète avec monotonie les mêmes mots ou les mêmes versets tirés de la Bible, sur un ton menaçant ou prophétique. Si on lui adresse la parole, il annonce aussitôt avec emphase qu'une haute mission lui est confiée. Dès cette époque, l'observateur peut être frappé par une rigidité passagère des traits et de la physionomie, qui fait prévoir l'état ultérieur, le développement

complet de l'affection. Souvent le malade reste au lit pendant des heures, immobile, muet, et refusant de manger; dès qu'il se réveille, il profère des malédictions contre les pécheurs, répète avec persistance les mêmes sentences religieuses. Par moments, on observe des congestions céphaliques, alternant avec la pâleur du visage, pendant laquelle le pouls est petit et irrégulier; on remarque aussi des sueurs profuses et des troubles croissants du côté de l'estomac. L'état psychique est toujours très capricieux; le malade passe de l'expansion exaltée avec déclamation confuse et chants, à l'agitation et à l'angoisse. Souvent on voit se succéder avec rapidité les accès de raideur musculaire, l'angoisse et l'exaltation. Par moments, l'idée délirante religieuse donne un cachet spécial à toute l'expression mimique; le malade reste couché pendant des heures sur le sol, les bras en croix, et déclare ensuite qu'il a été crucifié, qu'il est désormais l'égal du Christ; des épisodes d'idées de grandeur et de dispositions dépressives se remplacent réciproquement, et les actes les plus contraires se succèdent; les malades sautillent, puis s'agenouillent pendant des heures; ils gardent un mutisme absolu, puis brusquement débitent des sermons improvisés; aucune exhortation ne peut les atteindre. Ils s'enfoncent dans leur délire, qui les isole du reste du monde, et deviennent de plus en plus le jouet de leurs illusions. Tout à coup, ils se tiennent dans une position cataleptique, ou restent couchés dans leur lit, et y conservent une attitude quelconque (ils semblent, par exemple, contempler une lumière céleste). Chaque contact exagère la rigidité musculaire. On voit que les muscles du tronc et ceux du visage sont devenus d'une dureté ligneuse; il ne s'agit pas seulement de tonus musculaire, mais d'une contraction plus ou moins intense; aux membres, ce sont tantôt les fléchisseurs, tantôt les extenseurs, dont l'action prédomine; parfois ces deux groupes musculaires sont contractés tour à tour dans l'espace de quelques heures. Les membres sont dans l'extension forcée, et durs comme le marbre; ou bien ils sont fléchis; la résistance musculaire est difficile à surmonter, et elle s'exagère lorsqu'on cherche à faire exécuter quelques mouvements passifs. Les mâchoires sont fortement serrées, et les paupières contractées avec tant de force qu'elles sont souvent œdématiées. D'autres fois, en quelques heures, ou même avec une rapidité surprenante, les muscles, tendus et roides, redeviennent flasques et mous; le visage reste immobile; les mains et les bras pendent le long du corps, et retombent passivement si on les soulève. Mais, par intervalles, les attitudes plastiques se reproduisent, et le malade reste brusquement fixé dans l'une ou l'autre de ces poses; il est complètement absorbé par ses dées délirantes, stéréotypées ou variables, qui déterminent sans obstacle l'attitude musculaire. Parfois, ces positions forcées n'ont pas

d'expression mimique particulière. Les pupilles sont ordinairement dilatées.

La sensibilité est éteinte dans les cas où ce *status attonitus* est très marqué, ce qui veut dire qu'elle ne détermine pas de réflexes. Mais, subjectivement, cette sensibilité subsiste souvent, et c'est la volonté mise au service du délire qui l'empêche de se manifester. D'autres fois, la réaction manque si l'excitation était faible ; mais, par une excitation plus forte, elle se produit dans le territoire nerveux qui avoisine le point excité (citons, par exemple, la sécrétion de larmes qui se produit lorsqu'on pique les lèvres) ; assez fréquemment aussi, elle détermine une explosion de mouvements violents, souvent non dirigés. Il faut remarquer que le malade garde fréquemment un souvenir exact des manœuvres par lesquelles on explorait sa sensibilité et qui paraissaient le laisser complètement indifférent. Le chatouillement provoque, en général, une réaction prompte. — La circulation est toujours troublée dans le *status attonitus ;* après les congestions céphaliques du début, on observe une parésie vasculaire bien caractérisée ; le pouls est petit, la peau cyanosée et les œdèmes localisés assez fréquents (parfois œdème de la conjonctive). Dans cette parésie vasculaire, le pouls peut devenir, par intervalles, plein et tendu. La nutrition est toujours affaiblie ; l'alimentation par la sonde est presque constamment nécessaire.

Dans le plein développement de la maladie, la conscience reste, pendant des semaines, ce qu'elle est dans le rêve, et les perceptions du monde extérieur n'arrivent absolument plus jusqu'à elle ; les hallucinations en sont d'autant plus intenses et nombreuses (voix de Dieu ; visions célestes). Pourtant, certaines perceptions confuses peuvent se produire, mais elles sont presque toujours l'objet d'une interprétation délirante. Par moments, on est surpris de constater l'existence d'une perception exacte, d'une appréciation logique et raisonnée. La conscience passe par tous les états possibles, mais c'est l'obnubilation qui domine.

Tantôt le malade reste étendu, immobile et apathique ; tantôt il sourit, ou il fait un geste inattendu ; l'œil s'anime, la bouche s'ouvre pour proférer une sentence religieuse ; tout à coup, un cri soudain se fait entendre. Les excitations extérieures ne produisent aucune réaction, les questions pressantes restent longtemps sans réponse ; à d'autres moments, un mot, prononcé par hasard, provoque tout à coup, chez un malade qui semblait hébété, une violente excitation, ou lui inspire un langage d'une ironie surprenante.

Pendant cette période de rigidité musculaire, le malade doit presque toujours rester au lit. Il y reste assis, on y prend toutes sortes de positions ; souvent les jambes sont fléchies sur les cuisses à angle droit. Si on le soulève de son lit, tout le corps reste roide et conserve son

attitude fixe ; il ne fait rien pour aider ceux qui le soulèvent, et la contraction musculaire augmente quand on le touche et qu'on lui fait exécuter des mouvements passifs. Il conserve un mutisme obstiné. Mais cette raideur diminue d'elle-même et disparaît par moments, pour reparaître de nouveau. Il est intéressant de remarquer que telle ou telle attitude donnée au malade, qui est comme hypnotisé, détermine chez lui une disposition d'esprit correspondante ; par exemple, si on lui joint les mains, on produit chez lui l'expression générale de la prière, et rompant tout à coup le silence, il se met à réciter un verset de la Bible. Cependant, l'expérience ne réussit pas toujours, ce qui tient aux états très variables de la conscience qui est tantôt assez lucide, tantôt très obscurcie. Les influences extérieures peuvent aussi s'exercer sur l'état intellectuel ; si le malade, couché sans mouvement, est amené sur le bord de son lit, il fait un effort musculaire pour rétablir l'équilibre, lorsque son corps dépasse assez le bord pour que l'équilibre soit compromis ; et si les muscles refusent leur service, le corps roidi se plie pour tomber doucement ; ou bien il se roule dans le lit pour y retrouver une situation stable. Il faut signaler les actes violents et soudains qui viennent interrompre brusquement cette raideur musculaire ; souvent ce ne sont que des impulsions à déchirer les objets de literie, mais parfois aussi ce sont des attaques dangereuses contre l'entourage ; le malade peut aussi se mutiler lui-même (surtout se couper les parties génitales).

Ordinairement, on observe un écoulement de salive continu ou intermittent. La température du corps est, surtout le matin, sensiblement inférieure à la normale (36° à 37°, dans le rectum). Le poids s'abaisse progressivement, et d'une façon très marquée. L'urine est sédimenteuse ; la constipation est constante, ainsi que la suppression des règles.

L'affection persiste dans cet état pendant des semaines, et même pendant des mois. Si elle s'améliore, ce n'est qu'après le relèvement de la nutrition ; des signes d'abord très rares, plus nombreux ensuite, indiquent le réveil de la vie intellectuelle ; le regard et la physionomie sont plus naturels et aussi plus expressifs. Le malade cesse d'opposer à tout des refus ; il commence à manger et devient plus propre. La plupart du temps, l'animation progresse jusqu'à devenir une excitation psycho-motrice désordonnée, de caractère choréique. La parole redevient libre, puis le malade arrive à pousser de véritables vociférations (allitérations et assonances ; accès de rire, cris convulsifs). Peu à peu, les fragments de phrases décèlent un délire ambitieux (prince, grand esprit, réformateur). Ces mots, ces phrases encore incohérentes et dépourvues de sens, sont répétés d'une manière monotone, sur un ton emphatique et déclamatoire qui est caractéristique. Ce n'est pas

l'expansion bruyante du maniaque, ni la méchanceté de la fureur périodique, qu'on trouve dans ces discours du malade; c'est un pathos emphatique, débité avec des attitudes théâtrales. Les gestes et la physionomie ont toujours une certaine tendance à se fixer dans une expression déterminée; mais la névrose a un caractère plus psychique que l'ancienne raideur musculaire, observée dans le plein développement de la maladie. Il est intéressant de signaler ce fait que certains vestiges de la rigidité musculaire peuvent se reproduire pendant la convalescence; par exemple, la flexion d'un doigt, qui n'empêche pas la main d'avoir recouvré sa dextérité primitive. Chez les femmes, la convalescence se fait volontiers par étapes successives, après chaque période cataméniale.

La guérison est presque toujours atteinte par une marche progressive, interrompue par des phases fréquentes de catatonie, durant des heures et des jours. Souvent, on observe aussi des périodes d'excitation avec verbiage, déclamations pathétiques, etc... Ainsi, la guérison complète est obtenue après des rechutes répétées, mais de moins en moins graves.

Mais la marche n'est pas toujours aussi favorable; elle peut se terminer, directement, ou après plusieurs récidives séparées quelquefois par des intervalles de plusieurs années, par un délire systématisé chronique incurable, avec démence progressive; dans cet état secondaire, on retrouve encore des contractures partielles de certains territoires musculaires. Dans des cas plus graves, les malades continuent à présenter des alternatives de contraction et de relâchement portant sur un seul côté ou sur les deux côtés du corps; ils gardent les yeux fermés, leur figure grimace; la sialorrhée est persistante; il faut les soigner comme des enfants pendant des années. Extérieurement, ils se montrent silencieux et indolents, ressemblent à des idiots; et cependant, ils conservent intérieurement une existence psychique plus ou moins active. Enfin, la phthisie pulmonaire (la cause de mort la plus fréquente) vient terminer cette triste existence. (Pour les autres variétés de marche, voir plus loin.)

Forme dépressive (*démonomaniaque*). — Si l'affection débute par un délire des persécutions avec hallucinations, la physionomie clinique la plus ordinaire est caractérisée par des idées démonomaniaques s'ajoutant à la dépression morale déjà existante, et par des accès d'angoisse violents, presque toujours accompagnés d'impulsions. Les malades sont le plus souvent des femmes atteintes d'affections utérines, ou affaiblies par des excès sexuels, des individus jeunes et anémiés: tout est changé à leurs yeux (les objets semblent noirs; ce qui est à gauche leur paraît placé à droite); ils sont agités, ne dorment pas, pleurent avec abondance, se plaignent de frissons alternant avec des sensations de chaleur; ils sont terrifiés, désespérés, présentent de

l'hyperesthésie sensorielle ; ils émettent des plaintes hypochondriaques ou mélancoliques (culpabilité imaginaire, craintes de damnation), sans paraître particulièrement émus, et avec une persistance et un excès de détails fatigant. (Voir mélancolie chez les onanistes, et délire systématisé cérébro-spinal). Ils ressentent une pesanteur de tête qui augmente jusqu'à produire l'obnubilation intellectuelle ; ils sont de plus en plus renfermés en eux-mêmes, et restent, enfin, dans une attitude de stupeur, en murmurant seulement quelques fragments de phrase (se rapportant au délire démonomaniaque). Puis des illusions intenses se produisent (ils voient des sorcières, des animaux, etc...) ; le malade tombe dans un délire confus où les idées se succèdent sans liaison aucune, et, les yeux ouverts, semble le jouet d'un rêve pendant lequel il prononce toutes sortes de phrases insensées et incohérentes (il est vieux de plusieurs centaines d'années, il a été un serpent ; il est né sous la forme d'un chien ; il est Judas ; son corps est rempli de ressorts, d'électricité, etc...). Souvent éclatent des impulsions violentes et destructives, des cris subits et monotones, des actes impulsifs et dangereux dirigés contre le malade lui-même ou contre son entourage.

Certains malades se roulent dans leur lit, sont baignés de sueur, crachent, mordent, font des culbutes, poussent des hurlements inarticulés, crient des mots isolés (mots religieux ou menaces) ; ils refusent les aliments et tombent fréquemment, tout à coup, dans des états de collapsus très inquiétants. Le pouls est fréquent, la température peut s'élever jusqu'à 39° C.

Peu à peu, la physionomie devient contractée, immobile, et les traits prennent une rigidité ligneuse ; les malades refusent, avec une obstination croissante, d'écouter les exhortations qui leur sont faites. Le pouls devient plus lent, la circulation est troublée (congestions céphaliques, battements carotidiens très marqués ; refroidissement des extrémités, pouls radial filiforme) ; la rigidité musculaire se produit, tantôt générale, tantôt localisée, et dure plusieurs heures et même plusieurs jours. On observe alors toutes sortes d'attitudes plastiques, longtemps conservées. Le malade semble faire de l'escrime, reste à genoux et semble mendier, prend la position d'un acteur en train de déclamer. D'autres se couchent sur le sol et appuient leurs pieds contre un mur pendant des heures, en même temps qu'ils tiennent, de leurs deux mains contractées, leurs organes génitaux, ou s'introduisent les doigts dans l'anus ; les traits du visage sont crispés dans une expression épouvantable. Si l'on cherche à modifier la position du malade, la rigidité musculaire augmente ; parfois on voit se produire tout à coup des mouvements de défense, mais qui sont violents, désor-

donnés. Le complet développement de cette stupeur catatonique comprend encore : le refus des aliments, la parésie vaso-motrice, et le ptyalisme. Le regard a une expression étonnée, l'œil est à moitié couvert par la paupière supérieure ; le front est plissé ; l'attitude abandonnée, le malade est penché en avant, laisse tomber les bras, ne marche que si on le pousse ; tous ses mouvements sont lents, mous et maladroits ; le visage a une expression rude, absorbée et stupide. Parfois, les bras et les jambes se tordent dans une situation bizarre, qui est conservée ; les malades se balancent pendant des heures, comme des automates. Si on les oblige à changer de place, ils reprennent bientôt leur ancienne position ; s'ils tombent, ils se roulent sur le sol, et font toutes sortes de gestes (on pourrait appeler cet état le *délire des gestes*) ; puis tout à coup, ils se figent dans l'immobilité. Tous ces actes absurdes sont accomplis non pas avec une agitation violente, mais avec une apathie morale très marquée. Dans certains cas, des mouvements monotones et prolongés pendant des heures, se succèdent : les malades se balancent, puis secouent leur corps. Ils s'affaissent sur le sol comme s'ils étaient morts, et, si on les relève, ils sont incapables de se tenir debout. Il semble que chaque intention volontaire du malade augmente la raideur musculaire, ou qu'elle produise une contraction contraire à l'intention (de même que dans les mouvements passifs) ; les idées de mouvement semblent passagèrement oubliées.

Il est intéressant de signaler les oscillations de l'état de la conscience ; tantôt, il y a absence complète de perceptions, tantôt la conscience est troublée, et elle est le jouet d'illusions qui font croire au malade qu'il est entouré de démons ; tantôt enfin, la conscience est à demi lucide, et l'on obtient de brèves réponses, à la condition de poser des questions simples. Ces différentes phases se remplacent indéfiniment, parfois d'une heure à l'autre.

Dans cette conscience affaiblie, on voit se produire des phénomènes variés d'arrêt et d'excitation, qui ne sont jamais durables et transforment les états de conscience d'une minute à l'autre. Tantôt ce sont les impressions immédiates des sens, qui, appréciées faussement, déterminent la production des idées erronées et des associations fausses ; tantôt ce sont des illusions d'un ou de tous les sens, qui absorbent complètement la conscience déjà altérée ; tantôt ce sont des troubles de la sensibilité générale, ou bien des souvenirs isolés et incomplets, transformés par suite des altérations de la conscience, qui dirigent l'intelligence malade ; la personnalité est dominée tout entière par des sentiments vagues, des obsessions soudaines, des désirs insensés. Le malade qui est le jouet de toutes ces impulsions psychiques, le plus souvent combinées, est rarement conscient de son état et de ses actes ; il ressemble à un automate, et obéit à des réflexes instinctifs. Si l'on fait jouer un de ces ressorts, on voit qu'il détermine les états d'esprit les

plus variables, états qui ne disparaissent pas toujours rapidement, mais qui peuvent exercer leur action d'une manière durable, pendant des jours et pendant des semaines; le malade semble être un dément d'une espèce particulière; il reste souvent muet pendant des semaines, se laisse passivement diriger; cependant il satisfait aux besoins les plus nécessaires; le reste du temps, il conserve des attitudes bizarres et prolongées (catatoniques). Parfois, des hallucinations déterminent des réactions plus vives, qui sont, ordinairement, suivies de phases épisodiques où la lucidité intellectuelle est plus grande. Les réactions motrices sont d'intensité variable, et sont des mouvements réflexes simples (ci-dessus décrits), ou bien des invectives et des actes violents, dictés par un besoin de vengeance. Les efforts faits pour se soulager de la tension douloureuse provoquée par l'hallucination, peuvent être des explosions de rage aveugle et presque bestiale (parfois ces manifestations sont de courte durée). Les manifestations délirantes et les paroles font connaître que le malade est sous l'influence de deux idées différentes : on veut le tuer, et il est tombé au pouvoir du démon. Bientôt, il reçoit un secours céleste (hallucinations); il est assailli et délivré tour à tour; souvent il est aussi tourmenté par d'autres illusions de nature plus terrestre : il a peur d'être empoisonné; on lui ordonne de prendre la fuite, etc...

D'autres fois, ces différents états de conscience se combinent de façon à produire des stades plus prolongés; des périodes de délire catatonique alternent avec des périodes d'excitation, et, dans l'intervalle qui les sépare, on observe une lucidité plus ou moins complète. Les paroxysmes d'excitation débutent ordinairement de la manière suivante : au milieu de l'état de stupeur, on voit se produire des mouvements sans but, des grimaces, des roulements d'yeux, des gestes uniformément répétés (le malade trépigne ou frappe les murs); tous ces mouvements ont un caractère rhythmique et presque convulsif; puis se produisent des mouvements généraux, des impulsions, ou un désordre musculaire complet. Par moments, les malades peuvent, quelquefois d'une façon subite, se remettre en rapport avec leur entourage; ils s'expriment alors d'une manière réfléchie, et manifestent le désir de guérir.

Cet état persiste ainsi pendant des jours et des semaines; la nutrition s'affaiblit de plus en plus, la parésie vaso-motrice subsiste, interrompue par des congestions céphaliques passagères.

En même temps que la convalescence fait des progrès, qui s'affirment de bonne heure par l'accroissement du poids du corps, la rigidité musculaire diminue peu à peu. Souvent (comme si cette raideur musculaire était remplacée par une excitabilité motrice excessive) on observe une agitation choréique pendant laquelle les malades se roulent à terre, se laissent tomber sur le sol, ou glisser de leur siège, font des culbutes, le tout sans paraître en souffrir; ils font le mouvement de frotter, salissent tout, s'emparent de tout ce qu'ils trouvent. Leur langage est une succession confuse de mots, auxquels se mêlent souvent des mots d'une langue étrangère et des

diminutifs. Il faut encore porter, nettoyer et nourrir ces malades. Parfois une nouvelle phase de mélancolie démonomaniaque se reproduit; mais déjà les idées sont mieux enchaînées, et la raideur musculaire n'est plus observée que par moments. — Dans d'autres cas, cet état maniaque de transition est remplacé par un stade de mécontentement et d'humeur hostile; les malades réagissent brusquement chaque fois qu'on leur adresse la parole, et montrent une grande tendance à détruire, à s'écorcher, à déchirer leurs vêtements. La guérison n'est jamais obtenue que lentement, et il faut préparer les malades à supporter la réalité. Souvent, les battements cardiaques sont précipités et plus violents; on observe des sueurs profuses et durables, ainsi que des congestions céphaliques.

Dans d'autres cas, les accès de stupeur catatonique avec troubles vasomoteurs et réactions caractérisées par de la manie et des hallucinations, alternent avec des phases aiguës de délire des persécutions (on arrête les pensées du malade; on lit dans sa pensée; sa volonté est contrainte d'obéir à des puissances ennemies). L'affection peut rester silencieuse pendant des mois et des années; pendant cet intervalle, on observe seulement quelques traces de délire de persécution, qui n'empêchent pas l'exercice d'une profession. Cette forme, qui est souvent en rapport avec des excès alcooliques commis périodiquement, dure des années et ne conduit pas à une guérison complète, mais à une confusion intellectuelle chronique avec hallucinations, consécutive à des récidives variées; souvent elle présente des épisodes de catatonie et d'excitation maniaque pouvant durer plusieurs mois.

Certaines catatonies de nature démonomaniaque et reposant sur des troubles de la sensibilité, constituent une variété intéressante : la tension musculaire est amenée par certaines *névralgies*, qu'elle suit, ou par lesquelles elle est peut-être causée; et elle paraît en être le réflexe moteur.

Ici, la rigidité atteint les territoires musculaires l'un après l'autre, elle saute souvent d'une région à une autre, et succède toujours à des névralgies intenses.

Ces contractures, localisées au début, s'étendent et se généralisent, mais frappent inégalement les deux côtés du corps. Ainsi, les muscles faciaux et les membres sont contractés d'un côté; un bras est étendu, l'autre fléchi et serré, une moitié du thorax est aplatie par la contraction hémilatérale des muscles. Ces états peuvent varier pendant le cours de cette phase de catatonie; les contractures partielles se déplacent. En même temps, la nutrition s'affaiblit, et les troubles vaso-moteurs et trophiques déjà décrits se produisent. Il faut signaler l'influence exercée par ces états de la motilité sur la conscience, qui se modifie au moment où la rigidité se produit. Au début, l'affection était représentée par un délire de persécution avec sensations douloureuses; lorsque les troubles moteurs de la stupeur se produisent, non seulement la conscience s'obscurcit jusqu'au rêve, mais on observe

une influence réciproque entre la rigidité musculaire et la conscience. Les sentiments d'arrêt moteur sont interprétés dans le sens du délire; le malade (il le raconte plus tard) se sent roide et forcément immobile, ce qu'il explique par l'action du diable, qui l'a saisi et ensorcelé, qui lui dicte son langage, qui lui tord et lui contracte les bras. Ce sentiment de possession démoniaque fait que le malade subit de plus en plus passivement cette raideur, qui s'exagère toutes les fois qu'il cherche à exécuter un mouvement; se sent faible et impuissant, et il entend dire qu'il doit rester immobile, que la fin du monde est arrivée, etc... La période de catatonie s'étend souvent à plusieurs semaines et à plusieurs mois; elle peut s'atténuer progressivement et disparaître, se terminer par la guérison, et laisser dans l'esprit du malade un souvenir complet et circonstancié. Mais ces raideurs musculaires peuvent persister en certaines places, ou revenir par périodes; elles déterminent des réflexes d'ordre plus élevé, et, par là, se mêlent plus intimement aux idées démonomaniaques, dont elles augmentent l'intensité, et qu'elles fixent toujours plus fortement dans la conscience. Cela tient au besoin obsédant de tout interpréter (ce sont certaines personnes qui arrêtent les mouvements du malade, qui font contracter son visage ou ses membres); de plus, on observe des hallucinations réflexes et des accès de fureur (ses ennemis s'installent sur son lit pendant la nuit, lui courbent les membres, l'empêchent de parler, vissent sa tête sur son corps, etc.). Par un progrès rapide, la maladie marche vers l'affaiblissement psychique le plus profond, par suite de ces états d'excitation et de fureur, avec hallucinations toujours plus impérieuses et accès de colère soudains. Le malade ne semble pas un dément auquel manque toute énergie intellectuelle; mais il paraît asservi et dominé, par suite de l'annihilation toujours plus complète du pouvoir cérébral d'arrêt. C'est, en quelque sorte, une expérience naturelle, dans laquelle la couche sous-corticale est hyperesthésiée, tandis que le pouvoir d'arrêt est retiré aux hémisphères cérébraux; toutes les impressions sensorielles sont exagérées et douloureuses (attribuées aux ennemis du malade) et elles éveillent aussitôt, sans arrêt possible, les passions telles que la convoitise, la douleur, la rage. En même temps se produisent des sympathies et des répulsions, provenant des phases antérieures de l'affection, et les illusions démonomaniaques, souvent mêlées à des sensations génitales. Les passions soudaines et irrésistibles, poussées jusqu'à la fureur par cette hyperesthésie sensorielle, déterminent une confusion psychique toujours plus grande, et, dans les membres, une hyperexcitabilité musculaire alternant avec la contracture; cet état peut persister pendant des années, et constitue une forme particulière de démence avec agitation. Les mouvements réflexes de la grenouille décapitée et soumise ensuite à des excitations, peuvent servir à faire comprendre cet ensemble clinique.

Il faut placer ici une autre variété clinique de cette *démence catatonique*, variété qui repose sur des sensations douloureuses cérébro-spinales.

Ces malades présentent pendant des mois (et même pendant plus d'une année), l'aspect d'une agitation stupide et d'une incohérence motrice; les

mouvements semblent tantôt choréiques, tantôt cloniques et toniques, tantôt volontaires ; mais ils ne sont rien de tout cela, sinon d'une façon passagère ; ce sont des actes réflexes, provoqués par d'innombrables sensations anormales. Leur exécution est involontaire ; ils sont dictés par une *volonté particulière, pathologique.* Mais ils ne sont pas seulement automatiques, comme dans le « délire des gestes » décrit plus haut, et auquel ils ressemblent extérieurement. Les paupières sont fermées convulsivement et le malade cherche encore à les couvrir de ses mains ou de ses bras ; la tête est inclinée en avant, la partie supérieure du tronc est également inclinée. Les jambes sont légèrement fléchies, les pieds tournés en dedans. Les malades s'acheminent ainsi, avec peine, en traînant les jambes, jusqu'à ce qu'ils arrivent à un obstacle ; s'ils ne peuvent le franchir, ils parcourent sans cesse le même chemin. Ils font de brusques grimaces, balancent la tête dans tous les sens, sautent comme des crapauds, se laissent tomber à terre, ou bien ils restent le visage collé contre le mur, ou encore ils conservent la même attitude bizarre et incommode, immobiles, jusqu'à ce qu'une personne qui leur est antipathique approche ; alors, ils retombent dans leur agitation antérieure et se montrent souvent emportés (c'est ainsi qu'ils répondent violemment à des reproches imaginaires : « Je ne suis pas un cannibale ») ; ou bien ils poussent des cris d'animaux, des mugissements. Quand ils mangent, ils font toutes sortes de saluts et de gestes de bénédiction ; ils prennent leur assiette, l'élèvent brusquement, lui font décrire des cercles, parfois la laissent tomber à terre avec son contenu ; après avoir répété plusieurs fois cette comédie, ils prennent avec hâte quelques cuillerées, qu'ils avalent sans mâcher ou qu'ils crachent sur la table. Par intervalles, on observe des phases plus lucides, pendant lesquelles ils sont loquaces, bienveillants, veulent travailler, sont plus réfléchis dans leurs actes et d'un extérieur plus correct ; mais ils restent, d'ailleurs, niais et puérils. Dans tout ce qu'ils font, ils se montrent des êtres inférieurs ; ils font preuve, en particulier, d'une gloutonnerie incroyable. Pendant leur agitation, ils ne prononcent que des phrases incomplètes, répétées d'une façon monotone avec un bégaiement et un tremblement de la parole ; dans les phases plus lucides, ils répondent bien et parfois même avec esprit. Si l'on arrive à savoir mieux ce qui se passe en eux, et si par des remontrances ou des refus on les fait parler d'eux-mêmes, alors on découvre un délire très étendu, à l'influence duquel il faut rapporter toute leur conduite étrange ; on constate des erreurs de tous les sens, agréables ou pénibles. Le malade a trouvé, dans un événement quelconque de sa vie antérieure, une intervention surnaturelle ; s'il ferme les yeux, c'est parce que la lumière « lui fait voir des signes ». Ces signes, il les voit partout, jour et nuit, sauf lorsqu'il est endormi ; ils apparaissent dans le coin le plus sombre de la chambre et l'attirent avec une force magique. Une voix d'en haut lui ordonne de regarder ces signes ; ceux-ci l'oppressent ou le soulagent ; ils représentent les formes et les apparences des Esprits bons et mauvais. Ces derniers sont les diables qui habitent en lui et séjournent successivement dans diverses parties de son corps. Telle est la raison de ses attitudes étranges : le diable le poussait brutalement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; il lui

semblait qu'on suspendait à son corps des boulets de canon. Le diable le chassait, le frappait, d'où les bonds exécutés par le malade; le diable lui traversait les os; aussi, fallait-il que les membres fussent maintenus étendus et raides. Dans le malade se livrait une lutte terrible entre le bon et le mauvais Esprit; celui-ci est furieux et sauvage, tandis que l'autre conseille le calme et la patience. Souvent, les malades voient des apparitions célestes qui les consolent et les encouragent.

Lorsqu'il existe de l'excitation génitale, ils ont des sensations fausses de nature sexuelle (des filles viennent les enlacer). Parfois, quand on leur parle, ils s'agitent brusquement, parce que leur diable grandit alors dans leur corps et les fait souffrir; d'où résultent les actes violents dirigés contre l'entourage. Ils sentent, dans leurs aliments, un goût de poussière et de fourmi, etc. Ainsi, cet état devient peu à peu chronique; il est identique, dans ses points cliniques essentiels, avec une des formes de terminaison du délire systématisé primitif des masturbateurs (voir ce mot).

La *troisième forme* est surtout fréquente chez des individus à tempérament *hystérique*.

Le début (voir aussi le type VIII du *Délire systématisé hystérique*) est formé par un stade plus ou moins prolongé de dépression; on y remarque des sensations douloureuses diffuses, ou des obsessions et des préoccupations hypochondriaques. A ce stade, s'ajoute très souvent une phase d'excitation, qui présente beaucoup de caractères hystériques dans son ensemble, mais qui, dans tout son développement, a une physionomie caractéristique; par suite, on peut la désigner sous le nom de *manie catatonique*.

L'excitation se produit brusquement; elle est ordinairement précédée d'une légère exaltation pendant laquelle le malade veut toujours avoir raison, décompose les mots, et, d'après ces mots modifiés, se laisse aller à telles ou telles pensées et à des dispositions diverses d'humeur. Bientôt, l'excitation amène la confusion intellectuelle; la conduite du malade est tout à fait étrange; il est le jouet des idées les plus bizarres et sa conduite est niaise; il ressemble à un ivrogne en gaieté qui déclame, cherche à faire de l'esprit, et oublie toute convenance; cet état rappelle le début de la paralysie générale. Des sentiments de satisfaction alternent avec des périodes de désespoir, la vantardise avec l'angoisse non motivée et le dégoût de la vie. Ce qui est au fond de cet état d'excitation, et ce qui le caractérise, c'est une faiblesse, un épuisement psychique réel; la démence prochaine s'annonce déjà. Quand il existe une agitation modérée, le malade est renfermé en lui-même, n'a aucune énergie, et est incapable d'une conduite réfléchie; il peut se montrer lucide par moments, mais brusquement il tombe dans cette confusion insensée, qui conserve, même dans les mouvements passionnels les plus intenses, le même caractère de puérilité dans le fond et dans la forme. Il obéit à chaque

aprice; sa conduite n'est plus qu'une série d'actes incohérents qu'il essaie de justifier par des sophismes, bien que la puérilité en soit évidente. Puis, les idées se calment de nouveau et se coordonnent, bien qu'il reste des sentiments de satisfaction et un besoin vaniteux de se faire valoir. Des épisodes de dépression se produisent brusquement : le malade est découragé, et se livre à des pénitences religieuses; d'autres fois, il se montre excité, puis, de nouveau, indifférent. Mais toutes ces nuances sont passagères, et se suivent sans ordre ni régularité. L'exaltation prend bientôt le dessus, tantôt en modifiant peu à peu l'expression de la physionomie, tantôt en déterminant brusquement l'agitation généralisée de l'excitation maniaque; le malade prononce des sermons pathétiques, donne des ordres impérieux à ceux qui l'entourent, se plaît à disputer et à exciter les autres; ou bien il se livre à des raisonnements ridicules et incessants, prononcés avec importance. C'est maintenant un type de délire systématisé ambitieux; partout il voit des symboles, des allégories, des signes divins; ses idées sont toujours mobiles; il fait des théories à perte de vue sur les problèmes les plus élevés; passe d'un objet à l'autre sans transition; souvent il est lucide par intervalles. Le pouls devient plus petit; la tête est fréquemment congestionnée, tandis que les extrémités (les mains) sont refroidies. Par moments, le malade prend des attitudes anormales, imposées par son délire; d'autres fois, il obéit à des impulsions motrices; bientôt il reste immobile, raide, en extase, et récite d'une manière monotone quelques fragments de phrases, où l'on trouve des mots forgés par lui, et surtout des diminutifs, qui ont un caractère tout spécial (Ju-jules, etc...). La conscience devient de plus en plus obscure, et les troubles moteurs suivent une aggravation parallèle. Les malades prennent des attitudes plastiques (de duelliste, de pénitent, de prédicateur, etc.) qui se succèdent souvent pendant des heures; ils gardent un mutisme interrompu seulement, par intervalles, par des déclamations pathétiques. La perception est annihilée, ou bien les perceptions sont obscures, et reçoivent une interprétation délirante. Le tableau peut, au bout d'une heure, être tout à fait différent.

Le malade se congestionne brusquement, tourne la tête de tous côtés avec une expression d'angoisse, se regarde, se tâte, se caresse la barbe, écarte les jambes, étend les bras, fait quelques pas en avant et en arrière, puis reste tout à coup immobile, se déshabille tranquillement devant tout le monde, déchire ses vêtements, s'introduit dans la bouche toutes sortes de choses indigestes, sans prononcer un mot; soudain, il bondit de nouveau, et, sous l'influence d'une impulsion dont l'intensité s'accroît, commence une gesticulation excessive; toutes les nuances émotives, le besoin insensé de mouvements, se font jour de la manière la plus incohérente. Ce sont

souvent des mouvements violents de peu de durée, des cris d'appel, des sauts, un coup de poing, puis le malade redevient calme ; ou bien éclate une fureur violente, avec mutisme ou avec confusion complète du langage, suivie d'épuisement au bout de quelques heures.

La symptomatologie est toujours plus surprenante et plus incohérente. Des moments de calme avec obnubilation de la conscience et contractions cloniques localisées (mouvements brusques des yeux, contractions de la bouche, inspirations brusques par les narines), alternent avec des mouvements choréiques répétés (culbutes, etc...); puis ce sont des périodes de mutisme, de l'aboulie avec stupeur, des attitudes théâtrales, un besoin de proférer des paroles confuses; un état de distraction excessive, dans lequel le malade oublie sa propre personnalité, alterne avec une angoisse anxieuse, un tremblement partiel ou généralisé, un regard obstinément fixe; puis viennent des moments de demi-lucidité, pendant lesquels le malade prononce des phrases incomplètes, des mots qu'il invente, des apostrophes, et emploie des tournures bizarres.

Ce langage se compose d'un mélange confus où l'on trouve des réminiscences, des souvenirs de lectures, des allusions détournées à la situation antérieure ou actuelle du malade ; mais bientôt, ce n'est plus qu'un torrent de mots, sans relation entre eux. Il est remarquable de voir que la marche des idées n'est jamais rapide, mais toujours interrompue, même quand la parole est abondante; le malade souffre pour trouver ses mots et arrive avec peine à en proférer quelques-uns.

En même temps que le pouls devient plus petit et que la pâleur du visage augmente, que les veines de la face sont plus saillantes, et que la parésie des vaisseaux périphériques apparaît davantage, l'aspect catatonique prend plus de netteté; le malade reste immobile sur le sol pendant des heures, se laisse manier sans réagir, est insensible aux excitations; il présente de la sialorrhée; il ne parle pas; par moments, ses membres exécutent des mouvements vagues.

Cette phase caractérise le point culminant de l'affection ; elle dure de quelques semaines à plusieurs mois. Si la raideur musculaire disparaît, des gestes étranges reparaissent, comme au début, pour exprimer les conceptions non ordonnées du malade; des attitudes extraordinaires alternent avec des impulsions motrices ; puis il reste immobile, absorbé dans ses idées délirantes. A d'autres moments on observe un verbiage incessant, ou de l'écholalie. Le malade a toujours une grande tendance à retomber dans la rigidité musculaire et le mutisme; ces différents états se suivent ainsi d'une manière infiniment variée; enfin la nutrition se relève, la circulation redevient normale, les troubles vasculaires disparaissent ; alors la conscience

redevient plus lucide et les perceptions sont de nouveau normales. Des phases maniaques se reproduisent, comme au début, avec des sentiments de satisfaction, une mimique exagérée, et des déclamations théâtrales. On observe maintenant des phases de repos musculaire sans rigidité. Pendant des heures et des jours plus tranquilles, le malade respire librement, se montre gai, presque naturel, et peut faire des réponses sensées.

La conscience ne redevient normale que très lentement, et il faut, pour obtenir ce résultat, faire des efforts persévérants. Le malade a, pendant longtemps, une peine manifeste à rester dans la bonne voie; son intelligence se heurte à chaque instant à de nouveaux obstacles, et, lorsqu'on le croit guéri, il retombe soudain dans la confusion intellectuelle. L'humeur reste longtemps oscillante, passant de la sympathie à l'aversion, et elle détermine des mouvements passionnels soudains, qui, peuvent avoir une certaine durée; tels sont certains accès de rage, pendant lesquels les malades restent immobiles dans un coin, les poings serrés, et cela pendant des heures. Ils essayent toutes sortes d'attitudes, possibles et impossibles, puis font des gestes automatiques (action de frotter), ou des mouvements convulsifs répétés constamment (mouvements étendus des bras, redressement brusque de la tête). Les phases de lucidité sont, quelquefois, encore interrompues par des périodes de demi-délire.

Enfin, la conscience devient de plus en plus nette ; parfois, avant d'arriver à une direction normale de l'intelligence, le malade passe par une phase caractérisée par des obsessions, et un besoin maladif de vérification; mais il en sort à la fin. Maintenant, il ne se souvient pas encore de la période catatonique, tandis qu'il se souvient des faits antérieurs à elle. Quand le souvenir de cette période est obtenu, la guérison est atteinte, et le malade peut alors raconter les particularités les plus intéressantes, dire comment les hallucinations l'avaient plongé dans un véritable rêve, comment tout était changé autour de lui; comment il était incapable de dominer son intelligence, et comment des motifs intérieurs déterminaient toutes ses impulsions, même les plus étranges. Le mutisme est souvent attribué à des remords, l'exaltation joyeuse à des espérances fantastiques; la rigidité musculaire à la crainte d'une mort menaçante; ou bien le malade se croyait placé sous une bouteille de champagne, ou transformé lui-même en bouteille; il conservait cette raideur des muscles dans l'espoir qu'il serait enterré; il étendait l'index pour échapper aux visions qui cherchaient à le faire disparaître. D'après le récit de certains malades, ils retombaient brusquement, après avoir été lucides, dans ces visions.

Parfois, la manie catatonique se reproduit pendant une année, sou-

vent à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'elle soit suivie d'une démence avec stupeur et bavardage confus.

Dans les cas défavorables, il s'établit un état secondaire et chronique; la conscience se décompose en une série d'idées brusques, de dispositions d'humeur essentiellement mobiles : c'est le type du délire systématisé hystérique incurable. Mais il peut arriver aussi que, après des alternatives irrégulières de demi-lucidité et de délire catatonique, le malade ne puisse sortir de son asservissement psychique et musculaire; il reste, pendant des jours, muet et immobile, les muscles contractés dans une même attitude mimique; seuls, les yeux, agités de mouvements incessants, contrastent avec l'immobilité générale. On observe encore des impulsions violentes et des accès de colère, surtout lorsqu'on oblige les malades à exécuter un acte qui leur est désagréable (changer de vêtements); ils acceptent plus volontiers de changer de place, bien qu'il soit nécessaire de les y obliger; ils le font d'une façon automatique; ils courent ou restent debout quand on les y pousse. La marche, la mimique, le port de la tête, l'attitude des membres, conservent une certaine raideur, même pendant les périodes de calme. La parésie vaso-motrice est permanente, les extrémités sont froides et cyanosées. On observe un ptyalisme énorme, périodique et qu'on ne peut modérer. Cet état peut devenir progressivement une *démence catatonique secondaire*, qui se prolonge pendant des années et ne prend fin qu'avec la vie. Les muscles du corps sont complètement immobiles, ce qui oblige le malade à rester constamment dans un fauteuil ou dans un lit; il ne prononce plus une parole, il faut le soigner comme un enfant; à cette période, il subsiste encore une expression de stupeur, des contractures (flexions ou extensions) localisées, des contractions hémilatérales de la face, des spasmes des paupières. La mort est produite par le marasme ou, très fréquemment, par la phthisie pulmonaire.

CINQUIÈME VARIÉTÉ.

Délire systématisé aigu avec stupeur (V. *Stupeur hallucinatoire; Stupeur psychique; Pseudo-stupeur*) à l'appendice de la *Démence aiguë primitive*.

DÉMENCE PRIMITIVE AIGUË

Bibliographie. — Gambarri, *Gaz. Lomb.*, 1864 (*Stupeur*). — Dagonet, *Ann. méd. psych.*, 1872. — Taguet, *Dém. simple primitive*, 1872. — Newington, *J. of mental sc.*, 1874. — Witte, *Arch. für Psych.*, 8. — Binswanger, *Char. Ann.* VI (*Démence primitive sans stupeur*). — Schüle, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 38. — Fritsch *Jahrb. f. Psych.*, 1880 (*Pseudo-aphasische und hall. Verwirrtheit*). — Hughes, *Alienist.*, 1882.

Jusqu'ici la « démence » n'a été étudiée par nous que comme la terminaison de certaines formes de la mélancolie, de la manie, du délire systématisé, où la guérison n'était pas obtenue ; elle peut être aussi primitive, mais elle diffère alors des démences secondaires par certaines particularités importantes du développement. Tout d'abord, le début n'est pas le même; il est ici aigu, et même suraigu, tandis qu'il était lent et progressif dans les démences secondaires ; d'autre part, dans le développement de l'affection, les troubles psychiques présentent des différences importantes; la démence secondaire s'établit lentement par l'affaiblissement des éléments émotifs de la psychose (sentiments douloureux de la mélancolie) précédant l'affaiblissement de l'intelligence qui d'abord était relativement conservée ; *ici*, au contraire, l'activité *intellectuelle* est anéantie, et la suspension subite des fonctions cérébrales et psychiques est le symptôme le plus important. (Cette démence primitive est ou n'est pas accompagnée de stupeur. Voir plus loin.) Les formes de démence où se rencontre la stupeur offrent encore cette particularité clinique que, même dans les formes secondaires, chroniques et incurables, elles conservent de cette suspension subite une sorte d'assoupissement. Une autre différence intéressante, sinon très importante, sépare aussi la démence aiguë des démences chroniques : dans le premier cas, on observe souvent des mouvements violents et soudains, comme convulsifs, qui contrastent avec le calme monotone et l'apathie des démences chroniques.

En comparant, au point de vue des symptômes, les différents cas de démence aiguë, on peut les distinguer suivant que la conscience est lucide, ou obnubilée comme dans le sommeil. Dans les démences chroniques, l'association des idées était ralentie, la mémoire affaiblie, les sentiments moraux émoussés ; ici, c'est une absence complète de perception, de réaction morale et de volonté, une obnubilation de la conscience qui va jusqu'à la suppression absolue, une disparition plus ou moins complète des réflexes spinaux. Dans *une variété* bien déli-

mitée, on trouve cet état d'engourdissement uni, pendant toute la marche de l'affection, à une névrose nettement vaso-motrice (rigidité des muscles, modifications des réactions musculaires en présence d'excitations électriques ou mécaniques), c'est-à-dire à un *status attonitus*. L'intensité de l'engourdissement psychique est en rapport avec celle des troubles moteurs et vaso-moteurs. Dans une autre variété, il se produit encore des perceptions et des hallucinations isolées, mais la conscience est en proie à une obnubilation générale.

D'après ces deux sortes d'états de la conscience, on peut distinguer deux grands groupes de démence primitive; *dans l'un*, on trouve ordinairement un état d'obnubilation, de sommeil, un état crépusculaire pour ainsi dire; puis passage à la démence passagère ou définitive (forme stupide); *dans l'autre*, c'est une démence primitive dans laquelle cette obnubilation n'existe pas, l'activité psychique étant amoindrie ou anéantie (*Démence primitive sans stupeur*). Le premier groupe se rapproche du délire systématisé aigu, le second, de la démence consécutive aux psychoses franches. La *forme stupide* se subdivise en *deux variétés :* 1° l'une s'accompagne de rigidité musculaire (*status attonitus*); 2° l'autre est une forme de stupidité *avec hallucinations*. La première variété comprend la stupeur consécutive à la manie; à la deuxième se rattache la stupeur hallucinatoire (pseudo-stupeur).

Si l'on veut désigner par le nom de stupeur la variété qui s'accompagne de status attonitus, il faut alors distinguer une stupeur « organique » et une stupeur « psychique ». Le type de la stupeur psychique est représenté par la stupeur hallucinatoire (voy. Appendice); celle-ci est, cliniquement, analogue au délire systématisé aigu, de même que la variété accompagnée de status attonitus est tout à fait voisine de la démence réelle; la ressemblance entre ces deux stupeurs n'est qu'apparente, et repose seulement sur l'habitus extérieur; mais à la forme organique, à la stupeur véritable, s'ajoute la névrose vaso-motrice, qui manque à la stupeur hallucinatoire. Les éléments fondamentaux sont aussi différents, et surtout le développement de la stupeur dans l'un et l'autre type. Dans le *premier* type de notre démence primitive, une démence aiguë réelle forme le noyau de la maladie; dans le *second* type (dans la stupeur hallucinatoire) l'immobilité musculaire dépend de la suppression des perceptions, le malade étant absorbé dans la contemplation de ce qui se passe en lui; l'absence d'initiative et d'excitabilité est, dans le premier cas, essentielle; dans le second elle est accessoire, c'est seulement un symptôme réactionnel. Cette distinction est importante à conserver, même dans les cas de stupeur réelle, c'est-à-dire organique; dans lesquels on observe, par moments, des hallucinations (particulièrement au début). La différence est surtout marquée pendant la marche et dans les modes de terminaison; *là*, dans la forme organique, la stupeur persiste pendant tout l'accès, et rend nécessaire une nouvelle éducation du malade qui sort de cet accès de démence aiguë; *ici*, dans la stu-

peur hallucinatoire, la stupeur constitue un épisode plus ou moins prolongé; en sortant de cette stupeur, le malade retrouve brusquement l'appréciation exacte de la réalité, ou cette amélioration marche parallèlement à la disparition progressive des illusions et des hallucinations; *là*, il s'agit d'une lacune intellectuelle causée par une lésion organique, même si elle est passagère; *ici*, c'est un arrêt qu'il faut attribuer à une cause psychique. Pour le diagnostic différentiel entre la *stupeur* et la *mélancolie avec status attonitus* (qui ont ce point commun, mais qui correspondent à des processus bien différents), il faut remarquer que dans la stupeur le début est suraigu, tandis que, dans la mélancolie, le développement du status attonitus est progressif; *là*, on observe une expression niaise du visage, la bouche reste entr'ouverte et laisse couler la salive au dehors; *ici*, les traits sont rigides, contractés, et ils expriment l'angoisse et la douleur; *là*, on trouve des sueurs profuses, le pouls est ralenti, irrégulier; *ici*, la peau est sèche, écailleuse, le pouls est petit et contracté; *là*, c'est la démence et l'absence de volonté qui empêchent le malade de se nourrir; *ici*, c'est le délire qui fait délibérément repousser toute nourriture; *là*, il existe une anesthésie cutanée qui s'explique par l'engourdissement intellectuel; *ici*, les souffrances physiques sont exactement ressenties, mais elles sont supportées en silence par suite des idées délirantes de culpabilité; *là*, les malades laissent aller sous eux: *ici*, on les voit retenir le plus longtemps possible leurs selles et leurs urines; *là*, les muscles étaient tantôt contractés, tantôt relâchés, et l'on observait une tendance à la catalepsie et à la flexibilitas cerea; *ici*, c'est une flexion tonique du tronc et des bras qui traduit l'angoisse du malade; *là*, cette période pendant laquelle la conscience était vide, ne laisse aucun souvenir; *ici*, on trouve un souvenir douloureux du temps où la conscience était en proie à une foule de terreurs. (Pour les différences entre le délire systématisé catatonique ou la démence catatonique et la démence avec stupeur et hallucinations, voir ces différents chapitres.)

A. **Démence primitive aiguë avec stupeur (Stupeur organique).** — I. *Forme avec status attonitus.* — Cette stupeur est une paralysie intellectuelle, aiguë ou subaiguë; elle se présente, cliniquement, comme une suppression des facultés psychiques (absence de perceptions, de dispositions morales quelconques, et aboulie). On peut même constater de l'anesthésie, et l'absence de réflexes spinaux. Ces phénomènes s'accompagnent d'une névrose vaso-motrice (congestions locales, palpitations, vaso-parésie), et d'un status attonitus (raideur musculaire, modifications de l'excitabilité galvanique des muscles); on observe aussi certains troubles trophiques locaux et généraux (diminution du poids du corps). Après une durée variable, la maladie s'achemine progressivement vers la guérison, et il ne reste qu'un souvenir incomplet ou même nul de la phase de stupeur; ou bien, le malade tombe dans la démence directement, ou après avoir passé par des périodes d'excitation.

Les prodromes sont représentés par des préoccupations hypochon-

driaques, surtout fréquentes lorsque le malade a eu antérieurement des pertes séminales, ou lorsqu'il existe un état neurasthénique vague. La santé paraît satisfaisante, jusqu'à ce qu'il survienne un choc moral qui jouera le rôle de cause déterminante; il se produit alors un état d'hébétude, de dépression, et l'on observe en même temps une tendance marquée aux rêvasseries. Quand la prédisposition morbide est suffisante (constitution nerveuse, anémie), ce choc moral peut déterminer directement la stupeur. Le début est ordinairement marqué par des symptômes d'irritation cérébrale; le malade présente une excitabilité très variable, se livre jour et nuit à un bavardage confus (il s'accuse de péchés ou de crimes); en même temps l'hébétude augmente. Parfois l'agitation s'accroît jusqu'à devenir une panophobie passagère, accompagnée de délire et d'actes incohérents; le malade est insensible aux impressions extérieures, aux souffrances physiques. Ou bien, au contraire, l'angoisse initiale est remplacée par une hébétude croissante, un manque absolu d'initiative, et le malade a besoin d'une impulsion étrangère pour accomplir les actes les plus simples; alors se produisent assez rapidement les symptômes qui caractérisent le status attonitus (la bouche reste ouverte ; les bras et les jambes sont étendus). Au point de vue des troubles vaso-moteurs, on observe de brusques congestions céphaliques, une accélération du pouls, une élévation de température (39° et plus; dans un cas, elle atteignit passagèrement 40°,4); le pouls carotidien est plein et fort, ce qui contraste avec le pouls radial petit et serré; souvent les mains sont froides et bleuâtres, tandis que le visage est rouge et les conjonctives injectées. L'anesthésie et l'absence de toute perception peuvent être absolues pendant des heures. Par intervalles, le malade éprouve une céphalée sourde, et parfois il vomit. Si la stupeur ne devient pas persistante, on peut observer encore des moments de lucidité; elle peut rétrograder même après avoir duré plusieurs jours. Si cet état s'aggrave, la névrose motrice s'étend progressivement à tous les muscles du visage et du tronc; toute manifestation intelligente disparaît; alors le status attonitus est complètement établi; il n'existe plus de direction psychique, d'initiative; le visage est immobile, sans expression, les traits sont détendus; les paupières sont presque fermées, souvent agitées d'un clignotement qui dure pendant des jours; la douleur ne détermine plus de réflexes (le réflexe qui est le plus longtemps conservé est celui qui est provoqué par le chatouillement); les réflexes tendineux sont affaiblis; les muscles sont plus sensibles aux excitations mécaniques. Le malade reste immobile, les bras à demi fléchis, les pieds étendus sur la jambe; les membres sont dans une sorte de tonus moyen, sans être positivement rigides; en tout cas, la rigidité est passagère; on peut facilement modifier

leur situation en leur faisant exécuter des mouvements passifs. Chaque position, une fois prise, est conservée sans fatigue apparente, même lorsqu'elle est très incommode. La suppression des perceptions extérieures, le sommeil de l'intelligence, peuvent être de suite absolus, de sorte que nulle impression extérieure, nulle manifestation intellectuelle ne paraît exister; parfois on voit le malade chuchoter par moments, ou se livrer à un mouvement soudain et violent, sans but appréciable. Chez les anémiques et surtout chez les filles, certains points névralgiques persistent malgré la stupeur; si l'on presse sur ces régions douloureuses (nerfs intercostaux) on voit souvent les traits, immobiles, détendus ou rigides, se contracter avec une expression douloureuse, et quelques mouvements vagues de défense se produisent; chez les hommes, ces phénomènes peuvent être provoqués s'il existe un irritabilis testis.

Le pouls diminue de fréquence, l'activité psychique s'affaiblit de plus en plus; le regard, étonné au début, devient vitreux et sans expression; le malade est absolument passif et accepte toutes les positions qu'on lui impose ; il faut l'alimenter, et il laisse tout aller sous lui. Les pupilles sont ordinairement dilatées, souvent inégales. Les troubles vaso-moteurs et trophiques deviennent de plus en plus manifestes (voir plus loin). Les traits du visage sont relâchés et sans expression; la tête retombe passivement; la salive s'écoule constamment de la bouche. Assez souvent, on remarque des troubles de l'innervation musculaire ; la fente palpébrale paraît plus grande d'un côté que de l'autre ; une moitié du visage est plus contractée, une moitié du corps est plus rigide que l'autre; ces phénomènes varient pendant la marche de l'affection ; ils disparaissent et peuvent se reproduire encore; on voit alterner la flaccidité et la rigidité musculaire. Lorsqu'on impose aux membres une attitude, celle-ci est modifiée lentement. Par moments, les malades fléchissent les jambes sur les cuisses, et ramènent les cuisses contre le tronc.

Cet état peut se prolonger pendant des semaines et même pendant des mois. Dans les cas favorables, on voit, peu à peu, certains symptômes s'améliorer; le malade fait quelques mouvements (actes musculaires simples au début, plus compliqués ensuite), mais qui sont d'abord dépourvus de motif apparent, et ne sont pas déterminés par une impression extérieure; ils sont saccadés et maladroits; ces mouvements spontanément produits ont encore une tendance à déterminer une attitude fixe. Le malade murmure quelques mots incompréhensibles; on constate toujours du status attonitus; mais, peu à peu, on remarque que le malade cherche à résister lorsqu'on imprime à ses membres des mouvements passifs; la nutrition se relève, le pouls devient plus fort, et la cyanose diminue. Les yeux restent ouverts par

moments, et semblent regarder ce qui se passe; mais l'indifférence persiste, et les traits du visage restent flasques et relâchés. Les évacuations involontaires sont moins fréquentes. Les pupilles se contractent et reprennent leurs dimensions normales; de même, les troubles hémilatéraux d'innervation musculaire disparaissent progressivement. Puis apparaissent quelques mouvements intentionnels, mais incertains d'abord et mal dirigés; par exemple, on voit se produire des mouvements de défense si le malade ferme les poings et maintient les avant-bras en supination; les extenseurs et les supinateurs ne reprennent que lentement leurs fonctions, et les mouvements deviennent plus énergiques.

Après une stupeur intense, les malades doivent apprendre à nouveau tous les mouvements musculaires compliqués (action de monter les escaliers, travaux manuels des femmes); parfois, ils sont contraints de marcher à quatre pattes pour changer de place, avant de pouvoir marcher comme autrefois.

L'intelligence doit de même être exercée à nouveau; des semaines s'écoulent parfois avant que les malades soient redevenus capables de se diriger. Cette phase de transition est particulièrement intéressante.

Pendant des semaines, le malade se livre à des monologues constitués d'abord par une suite incohérente d'idées, qui, plus tard, s'associent plus logiquement; pendant longtemps encore, la marche des idées manque d'une direction suffisante : il n'y a plus de Moi, et le malade parle de lui-même à la troisième personne.

L'humeur est, au début, représentée par de l'indifférence; peu à peu, des souvenirs pénibles ou des impressions intérieures viennent déterminer des émotions, et presque toujours celles-ci éclatent avec brusquerie; les idées soudaines d'une grande intensité peuvent se transformer en idées obsédantes ou en pseudo-hallucinations. On observe parfois aussi des accès de colère non motivée, ainsi que des violences soudaines contre soi ou contre les autres. Cette excitation peut s'accroître, et l'on voit, comme dans la manie, se produire des rages de destruction. D'autres fois, surtout chez les individus jeunes, ces phases d'excitation où l'on retrouve le caractère de la « moral insanity » (taquineries grossières, cynisme, malpropreté) ne sont que transitoires et de courte durée.

Dans ces cas graves, la guérison ne s'établit qu'avec lenteur; quand la gravité est moindre, la transition est plus rapide, parfois brusque, et l'amélioration cœnesthésique, par exemple, avec la réapparition des règles.

Dans les cas les plus graves, il ne reste aucun souvenir de l'affec-

tion ; dans les autres, certains souvenirs persistent, mais les malades se rappellent surtout ce qui s'est passé au début de la stupeur (leur cerveau leur semblait mort, leur corps ne pouvait plus être mis en mouvement), ainsi que la période de décroissance (d'abord, ils avaient des perceptions tout à fait erronées de leur entourage, des illusions ; ils se dirigeaient difficilement eux-mêmes, étaient gauches, et avaient peine à réapprendre ce qu'ils connaissaient autrefois). La période d'acmé de la maladie ne laisse jamais aucune trace dans la mémoire.

Il est à remarquer que l'on peut voir plusieurs accès de stupeur se produire successivement, et se terminer cependant par la guérison (dans une observation, l'accès se reproduisit deux ans de suite au même mois).

Si la nutrition s'était fortement relevée après un premier accès, le second, qui s'accompagne d'une diminution de poids, est cependant moins intense, et la convalescence est plus courte, bien que les symptômes soient identiques et que la durée de l'affection soit sensiblement la même.

Si la démence aiguë passe dans la démence *chronique*, on observe plusieurs modes d'évolution :

1° Il se produit une démence avec excitation et amnésie absolue de tout ce qui s'est passé depuis l'établissement de la stupeur. Le malade ne vit que par le passé ; il n'a pas conscience des modifications qui se sont produites en lui-même et autour de lui ; ses désirs et ses vœux se rapportent à cette phase antérieure de son existence, mais ils sont exprimés sans conviction et répétés machinalement. Il ne s'intéresse à rien d'ancien ni d'actuel, les souvenirs se reproduisent automatiquement et avec monotonie ; il n'éprouve plus aucune émotion, et présente seulement, par moments, une irritabilité passagère. A mesure que la faiblesse intellectuelle augmente, les idées deviennent plus pauvres, plus incomplètes, et finissent par devenir incompréhensibles pour le malade lui-même ; il a perdu tout sentiment des convenances. Des congestions céphaliques intercurrentes (raptus maniaques) accélèrent l'acheminement vers la démence apathique.

2° On voit persister une stupidité chronique ; c'est, en quelque sorte, un crépuscule permanent ; le malade ne comprend plus rien, ni dans le passé, ni dans les choses actuelles, ne reconnaît plus ses parents, n'a plus même une conscience exacte de lui-même (je ne sais rien, je ne comprends rien, tout n'est rien). Il est intéressant de constater, cependant, la conservation de certaines connaissances (jeux de cartes, chant, etc.). Cette démence peut rétrograder jusqu'à un certain point, et les malades pendant des années conservent une intelligence médiocre.

3° Après une phase transitoire prolongée de manie (moria), on peut observer une lucidité passable, et le malade semble retrouver alors son ancienne personnalité ; mais les idées et les sentiments élevés ont disparu ; toutes les manifestations psychiques sont désormais d'un ordre inférieur, ou même on constate de véritables lacunes de l'intelligence. Cet état se prolonge et les facultés s'affaiblissent de plus en plus, malgré un relèvement marqué de la nutrition, et le retour des règles.

Dans une observation (fille de vingt-neuf ans, sans tare héréditaire, intelligente, mais se livrant, par intervalles, à des excès alcooliques), on vit succéder à une émotion profonde une agitation incohérente, qui ne s'accompagnait pas, du reste, de signes d'inflammation cérébrale, et qui fut *immédiatement suivie* d'un état de démence avec stupidité. La malade avait une physionomie étonnée, errait à droite et à gauche, ne parlait que pour dire : oui ou non; les muscles du visage, la langue, les mains étaient agités d'un fort tremblement; le réflexe patellaire était aboli, tandis qu'au pied, le réflexe tendineux persistait. Les objets rapprochés étaient perçus, mais la malade ne pouvait cependant pas se diriger. Après quelques jours, elle ne comprenait plus les choses les plus simples; par exemple, si on la menaçait de la pointe des ciseaux, elle restait impassible ou souriait niaisement. Au bout de six semaines, le poids du corps était diminué de 10 kilogrammes; et pourtant elle s'alimentait bien, dormait d'une façon suffisante, et n'éprouvait aucun tourment moral. La température s'élevait par moments à 38°, mais, dans l'intervalle, elle était de 36°,5. Huit semaines après, on observait une nullité psychique absolue, et la malade devait être nourrie comme un enfant; par moments, elle ricanait niaisement. La peau était flasque; par intervalles des sueurs localisées se produisaient. Quatre semaines plus tard, la diminution du poids du corps persistait, la malade était malpropre, exécutait de temps à autre des mouvements automatiques ; à cette époque, on observe des crises répétées d'asphyxie, de l'apnée subite, qui fut d'abord heureusement combattue par la faradisation (pinceau). Huit jours après, collapsus (la gêne respiratoire avait disparu), mort. — L'autopsie montra une atrophie primitive très marquée des circonvolutions frontales et temporales, et une encéphalite chronique diffuse avec hydropisie ventriculaire (ce cas est analogue à celui de Bonville, *Journ. of ment. Sc.*, 1881).

Appendice. — La stupeur *post-maniaque* s'observe après certains cas de mania gravis. La manie qui précède cette stupeur est caractérisée par une hébétude profonde, par une confusion intellectuelle causée par les hallucinations, ou par une fureur aveugle, enfin par des congestions ordinairement accompagnées d'une élévation de température (jusqu'à 39°) ; elle est habituellement de courte durée (de quelques jours à une ou deux semaines). La stupeur qui se produit dès que l'agitation disparaît présente différents types cliniques : ce

peut être une stupeur vaso-motrice comme celle qui vient d'être décrite, accompagnée ou non de *status attonitus;* cependant le trouble de la conscience est rarement aussi intense, et le malade peut ordinairement avoir encore quelques perceptions, plus ou moins nettes, de l'entourage ; de même, l'indifférence absolue est rare ; le malade semble, il est vrai, très apathique, mais présente quelques traits de dépression et d'angoisse, ou de méfiance hostile ; la névrose vaso-motrice aussi, peut manquer, ou bien elle est peu marquée. Par contre, on retrouve, dans les deux formes, l'abaissement de la nutrition, le mutisme, et le refus de nourriture ; la conduite est également caractérisée, dans les deux cas, par une passivité, à laquelle s'ajoute pourtant, dans la stupeur post-maniaque, une tendance à résister, qui est en rapport avec l'état moral.

Sans aucun doute, toutes ces nuances cliniques différentes correspondent, anatomiquement, à des états très variables d'épuisement et de compression du cerveau. La compression cérébrale peut être si intense que le malade, assis et immobile, semble étourdi par un coup de massue ; et les excitations déterminent des secousses réflexes de tout le corps, comme il arrive chez les animaux auxquels on a enlevé les hémisphères cérébraux.

La marche est variable, suivant que ces diverses conditions varient elles-mêmes ; les formes dans lesquelles il existe un *status attonitus* psychiquement motivé, sans parésie vasculaire, ont ordinairement une marche favorable, bien que la convalescence soit plus longue. Les cas dans lesquels il existe de la compression cérébrale avec stupidité profonde, paralysie vasculaire, refroidissement des extrémités (qui ne peuvent être même réchauffées quand on les enveloppe de linges trempés dans l'eau tiède), se terminent par la démence apathique ; par intervalles, on observe des périodes de lucidité relative, pendant lesquelles les malades se plaignent d'être torturés par des hallucinations (injures, persécutions) et par des douleurs de tête (on leur écrasait la tête). En même temps on remarque de la boulimie et un besoin effréné de masturbation. Certains sortent par moments de leur sommeil psychique, et peuvent alors se livrer à un travail manuel peu compliqué ; mais les congestions intercurrentes viennent toujours détruire les espérances qu'on avait pu concevoir ; parfois, c'est la phthisie ou une entérite chronique qui viennent terminer cette triste affection.

II. *Forme stupide avec hallucinations.* — Ce groupe s'intercale, au point de vue clinique, entre la stupeur véritable et la démence primitive sans stupeur, que nous étudierons ensuite. Le trouble de la conscience est ici, comme tout à l'heure, le symptôme le plus important ; mais il existe des phases alternantes de rêve et de demi-lucidité :

c'est une obnubilation démente ; ce n'est pas une suppression totale de la perception, une absence complète de vie psychique, comme dans la forme précédente ; mais c'est une conscience à demi éveillée, éveillée même par intervalles, mais dont les fonctions sont aussi simplifiées que possible ; elle ne peut que percevoir les faits qui se passent dans l'entourage et produire les réactions les plus simples ; c'est un ralentissement incroyable, presque un arrêt des fonctions intellectuelles, morales et psychomotrices. Comme dans la stupeur véritable, le ralentissement ou la suppression des perceptions n'est pas causée par une suractivité psychique ne permettant pas de tenir compte des impressions extérieures (ce qui est le cas de la stupeur psychique et hallucinatoire), mais par une obnubilation primitive du sensorium, par l'affaiblissement fonctionnel de l'organe psychique. Les erreurs des sens ne sont pas des éléments essentiels, mais plutôt des phénomènes accessoires et accidentels : ce sont des réactions isolées de la surface cérébrale sensorielle, l'organe affaibli étant devenu incapable de les diriger et de les régler. Ici les erreurs des sens ne sont pas comme dans le délire systématisé avec stupeur et hallucination (la pseudo-stupeur), mais elles sont fragmentaires et incohérentes : tandis que dans la pseudo-stupeur, elles forment, en quelque sorte, tout un roman, un rêve suivi. De même, en opposition à l'intensité des images de la pseudo-stupeur, elles n'ont ici qu'une apparence effacée ; ce sont de pseudo-hallucinations, l'affaiblissement de la réflexion permettant l'objectivation de certaines pensées qui se produisent d'une manière automatique et illogique.

Il existe cependant un grand nombre de variétés voisines du délire systématisé aigu avec stupeur et surtout avec status attonitus (catatonie), qu'on ne peut distinguer les unes des autres que dans des cas réellement *typiques* et d'après l'ensemble de leurs caractères. *Ici,* dans la démence primitive, il y a « more or less absence of cerebration » ; *là,* c'est un état de l'intelligence qui est comparable au rêve ; *ici,* il y a apathie motrice par suite de cet affaiblissement des fonctions nerveuses ; *là,* c'est un status attonitus ou une conduite bizarre, une folie des gestes reposant sur le délire sensoriel. La marche de ces deux états sert encore à montrer une autre différence ; elle est simplement ascendante dans la démence primitive ; *là,* dans la catatonie, elle est polymorphe, se complique d'une foule d'états psychiques, et parcourt un cycle.

Parfois, l'entourage du malade remarque surtout une grande distraction et un affaiblissement de la mémoire. Les jeunes individus, qui s'étaient montrés gais jusqu'alors, sont passagèrement déprimés ou indifférents, sans qu'on puisse connaître la cause du changement (émotion, excès de travail, veilles, troubles de la menstruation, chlorose) ; les malades en sont plus incapables encore, car ils s'aperçoi-

vent à peine de cette modification. Puis, brusquement, éclate une agitation sans motif ; elle se traduit de suite par une gesticulation maniaque, et l'on observe une dissociation très marquée de la personnalité ; les malades sont extravagants, associent entre elles toutes sortes d'idées soudaines et vagues ; ils s'imaginent tout à coup être dans des pays étrangers, ou dans le ciel ; ils prient; ils ont des hallucinations ; dans tout cela, ils restent indifférents et ne marquent jamais d'étonnement. Ils obéissent à des impulsions brutales et désordonnées, rient niaisement quand on les interpelle, ou bien expliquent leurs actes par n'importe quelle raison ridicule. Ils sont perdus dans cette confusion, lucides ou délirants d'un moment à l'autre, et se débattent dans l'incohérence et le vague.

Si on leur arrache une réponse, ils se plaignent alors de douleurs de tête, mais leurs plaintes n'ont aucune précision, et ils n'éprouvent pas le besoin d'en parler; les phrases qu'ils prononcent sont obscures et incomplètes : « Je ne sais pas. — Je suis une fois. — Il veut faire croire. — Je ne sais pas comment je suis », etc. Souvent ils associent avec indifférence les idées les plus étranges : « Nous brûlons; celui qui est là, c'est l'enfant Jésus. » Bientôt, ils ne savent plus où ils demeurent et oublient jusqu'à leur nom. Cette stupidité, qui oblige à les faire manger comme des enfants, peut alterner passagèrement avec une excitation motrice intense et durable; très souvent, ce sont des réflexes dus à l'angoisse provoquée par les hallucinations; les malades crient tout à coup : « Au feu ! » et cherchent à fuir; ou bien ils se livrent à des tentatives répétées de meurtre contre les personnes de leur entourage qu'ils ne connaissent pas ou qu'ils méconnaissent très souvent; ou enfin, ils s'épuisent à accomplir des actes impulsifs et ridicules; par exemple, ils se gonflent les joues et soufflent avec force pendant des heures. Ils n'ont plus aucun souci des convenances dans leur tenue ou leur habillement; certains s'accrochent pendant des journées entières au bouton d'une porte, cherchent violemment à s'échapper, répètent automatiquement et avec indifférence le même mot ou la même phrase incohérente. Souvent une dépression réelle s'établit par périodes, pendant lesquelles les malades font de continuelles demandes, s'accusent d'être coupables, en pleurant et en employant un langage puéril; mais leur esprit ne semble pas présent, et les phrases sont obscures, confuses, souvent inachevées; il n'existe pas d'émotion véritable. Ils ne font plus attention aux variations de température, ne prennent aucune précaution d'hygiène; ils s'élancent au dehors à moitié vêtus, courent pieds nus dans la neige, sans faire attention à rien, ni réfléchir. Ils piétinent pendant des heures en répétant toujours le même trajet; leurs bras sont raides, la tête est penchée en avant ; ils fouillent dans la boue pour ramasser une foule de petits objets qu'ils introduisent dans leur bouche et qu'ils mâchent. Ils suffit souvent de leur offrir un fruit pour les calmer momentanément, puis ils restent assis dans une indifférence complète; si on cherche à leur donner une occupation facile, ils ne savent pas commencer, même un travail qui leur est habituel; ils ont toujours besoin d'une impulsion étrangère, sont lents et pa-

resseux; c'est plutôt par une parole sévère que par un mot amical qu'on peut mettre la machine en mouvement. Assez souvent ils s'arrêtent dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, parce qu'ils ne sont pas mus par leur volonté, par une impulsion qui leur soit propre. Quand on leur parle, ils se montrent embarrassés, perplexes, font des mouvements saccadés et bizarres; ils interrogent leur interlocuteur du regard, changent de couleur, ne parlent pas, ou remuent les lèvres d'une façon automatique sans émettre aucun son et sans avoir aucune idée à exprimer. Parfois ils font entendre un léger chuchotement, répondent « oui », ou, plus souvent, « non ». On a beau changer de ton, parler sérieusement ou gaiement, on ne peut produire sur eux aucun effet; ils restent muets et immobiles; tous les sentiments ont disparu; l'affection, les larmes de leurs parents ne peuvent les émouvoir, les déterminer à faire un geste, à les regarder avec attention. Il semble que le cerveau soit comprimé, d'autant plus que les conjonctives sont injectées, que le pouls carotidien bat avec force, que la tête est brûlante et moite; et cet état se prolonge pendant des semaines et pendant des mois, défiant tous les efforts du médecin.

Dans les cas favorables, qui ne sont, heureusement, pas rares, on peut voir se relever la nutrition ; l'aspect devient meilleur ; peu à peu le malade commence à travailler ; d'abord il regarde les autres aliénés travailler plutôt qu'il ne s'occupe lui-même ; il ne sait ce qu'il faut faire et ne montre aucune énergie. La constipation cède souvent dans cette période; l'opium administré à petites doses agit comme un véritable tonique cérébral. Les traits sont moins tendus, la tenue plus naturelle ; les malades s'intéressent de nouveau aux personnes et aux choses; ils répondent quand on les interroge; bientôt ils posent eux-mêmes des questions, et se réjouissent quand on les félicite de ce changement. Ainsi leur conduite devient progressivement plus naturelle. Assez souvent même le mutisme d'autrefois est remplacé par un bavardage puéril, fréquemment avec une teinte *maniaque* (délire ambitieux niais — tout ce qui entoure le malade lui appartient; il possède de grandes quantités d'or et d'argent. En même temps il se montre très irritable et recherche constamment les disputes). Ou bien on observe une phase de bonheur tranquille et de satisfaction, pendant laquelle le malade décerne des éloges immodérés à tout ce qui l'entoure (tout est charmant, délicieux ; lui-même est charmant ; la nourriture est exquise, etc.). Mais il peut aussi se produire des dispositions mélancoliques dans ce stade de transition ; alors on observe parfois des tentatives de suicide qui éclatent brusquement au milieu de cette apathie apparente. Cet asservissement de la volonté et cet affaiblissement de l'intelligence, ces fréquentes velléités de résistance (je ne comprends pas pourquoi je résiste, mais je ne puis faire autrement) persistent pendant assez longtemps encore, mais disparaissent peu à peu pour faire place à la lucidité et à l'initia-

tive antérieures. Au bout de plusieurs mois, et souvent après des retours fréquents dans l'état de stupeur, la guérison finit par être obtenue.

Le souvenir de la maladie est très variable chez les différents malades ; beaucoup peuvent raconter le début de leur affection et donner les détails les plus intéressants sur la façon dont ils sont sortis de leur hébétude ; mais que s'est-il passé dans cet intervalle ? C'est comme un rêve oublié au réveil. D'autres peuvent cependant rapporter ce qui s'est passé durant leur maladie et dire qu'ils n'avaient plus alors de mémoire, plus de perceptions, qu'ils ne trouvaient plus leurs mots, qu'ils étaient obligés de croire à toutes les idées confuses qui traversaient leur cerveau. Au bout de trois ou quatre mois, une guérison définitive peut être obtenue.

Dans les cas défavorables, le malade s'achemine vers la démence chronique définitive. La personnalité psychique est dissociée ; ce sont maintement des idées soudaines non reliées entre elles, des impulsions non motivées, des dispositions d'humeur vagues et variables, qui vont de l'apathie profonde à des emportements subits ; on trouve, en même temps, une sorte de sopor, une stupidité continuelle (ce qui n'existe pas dans le délire systématisé secondaire) ; alors cet état morbide peut être considéré comme chronique et définitif. Dans d'autres cas, on voit survenir brusquement des épisodes de fureur (hallucinations : accès de colère) ; puis des phases de stupidité, survenant aussi irrégulièrement que les épisodes de fureur, et parfois suivies de moria avec hébétude. Chaque nouvel accès fait subir à l'organe psychique une perte nouvelle et irréparable ; la démence morale et intellectuelle progresse. Bien des malades oublient définitivement leur nom, perdent toute notion du temps et de l'espace ; ils croient être vieux de plusieurs milliers d'années, s'imaginent qu'ils sont morts et qu'ils ont été ressuscités. Chez d'autres, la démence revêt une forme stationnaire ; ils conservent toujours les idées qu'ils avaient avant leur maladie : ils continuent, s'ils étaient commerçants, à compter leurs marchandises, à évaluer leurs gains et leurs pertes ; ils ne tiennent pas compte du temps ni de leur nouvel entourage, ne comprennent rien à ce qui se passe autour d'eux, ne s'inquiètent de rien ; ils tombent dans l'inaction complète, ou tournent sans cesse dans le même cercle des idées et des occupations anciennes, et sont plongés dans une indifférence telle qu'ils pensent à peine à satisfaire les besoins physiques. D'autres s'occupent à une foule de niaiseries parfaitement inutiles ; ils se fatiguent à exécuter sans cesse des actions puériles, se postent auprès des portes et font toutes sortes de compliments à ceux qui entrent ou qui sortent ; ils se chargent de toutes sortes de fonctions d'une inutilité parfaite ; d'autres font des signes de croix, s'agenouillent et se relèvent ; tous

ces actes sont indéfiniment répétés. Quand ces malades écrivent, leur style est tout à fait enfantin, ou bien c'est un assemblage de mots incohérents. Leur conduite, enfin, peut être absolument mécanique ; ils collectionnent une foule d'objets dont il faut, chaque soir, vider leurs poches, qu'ils ont soin de remplir de nouveau le lendemain : ou bien, ce ne sont plus que des mouvements automatiques, des flexions et des extensions des membres, des torsions du corps, des grimaces ; ils se frappent ; ils recueillent leurs excréments, s'enduisent de ces matières, mangent toutes sortes d'ordures (de la terre, des matières fécales, des hannetons). A ce degré de démence apathique, on observe également des actes cyniques (attaques grossières contre les personnes de l'entourage, ou masturbation effrénée) ; il faut, à cette période, veiller à contenir des impulsions violentes, irrégulièrement périodiques (rages de destruction, violences contre l'entourage), qui ne sont précédées d'aucun prodrôme et n'ont aucun motif apparent. (Pour plus de détails, voir *Démence apathique.*)

Comme signes *somatiques*, on trouve des troubles circulatoires et trophiques très marqués ; souvent, au bout de quelques semaines, il existe déjà une vaso-parésie intense, les extrémités sont bleuâtres, froides et moites. En même temps, il se produit des congestions céphaliques avec élévation de température, surtout pendant les phases intercurrentes d'excitation. Certains malades ont la figure colorée, leurs traits sont épaissis, la physionomie est peu intelligente et même brutale ; l'œil est brillant, mais sans expression. Dans les cas légers, c'est moins une parésie vasculaire qu'un ralentissement de la circulation, avec irrégulière répartition du sang : l'activité cardiaque et l'innervation vasculaire sont variables. Il faut remarquer aussi les altérations de la nutrition, qui ne font jamais défaut. (Il existe des troubles digestifs ; le poids du corps diminue ; les urines sont très sédimenteuses ; il y a parfois oxalurie, albuminurie légère et glycosurie transitoire.)

Appendice. — Stupeur hallucinatoire (stupeur psychique, délire systématisé avec stupeur et hallucinations). Il existe une prédisposition névropathique ; cette stupeur frappe un cerveau « invalide ». Après une période prodromique caractérisée par l'irritabilité et le manque de résistance psychique, parfois par une dépression et une obtusion intellectuelle primitive, on voit se produire une obnubilation de la conscience, des interprétations erronées de l'entourage, et un grand nombre d'hallucinations intenses ; la volonté est très affaiblie, et tout sentiment semble (extérieurement) avoir disparu. Puis la maladie se termine par la guérison, soit immédiatement, soit après avoir passé par un stade de manie avec affaiblissement psychique (moria).

Cette psycho-névrose représente rarement une forme assez pure, des caractères assez tranchés, pour constituer à elle seule un état pathologique ;

le plus souvent, elle apparaît comme un épisode plus ou moins long, souvent répété, dans le cours des névropathies psychiques constitutionnelles (hystérie).

Les prodromes consistent en un état nerveux exagéré, souvent accompagné d'excitation génitale ou de troubles de la menstruation. Les chagrins, les contrariétés, jouent le rôle de causes occasionnelles. Le début est caractérisé par des troubles de l'état moral, surtout par de la tristesse, des pleurs non motivés, qui alternent avec des périodes d'irritabilité et d'obstination, avec des idées brusques et des désirs également bizarres; d'autres fois, c'est une situation morale mal définie, de nuance mélancolique ou hypochondriaque. En même temps, on observe de la chloro-anémie et une diminution lente de la nutrition. La stupeur s'établit progressivement, mais quelquefois aussi d'une manière brusque, quand il s'agit d'une récidive. Elle est caractérisée par de l'apathie, de l'aboulie avec une tendance à résister, et par un état d'obnubilation plus ou moins marquée, mais qui ne va jamais jusqu'à l'absence totale de la perception. Les malades restent assis, inoccupés, ne s'intéressent à rien, ont horreur du mouvement, rient niaisement, n'ont plus aucun souci des convenances, refusent de manger, s'habillent et se déshabillent sans cesse; quand on leur parle, ils deviennent violents, et sont insensibles aux remontrances comme aux encouragements ; quand on insiste beaucoup, on arrive quelquefois à les faire parler, et leur langage trahit leurs hallucinations et leurs interprétations erronées de ce qui les entoure.

Ils voient des insectes dans leurs aliments ; les morceaux de viande qu'on leur sert sont vivants et remuent; des serpents viennent s'enrouler autour de leurs bras, et cette hallucination provoque des mouvements de défense vagues et automatiques ; tout ce qui les entoure répand une odeur infecte ; on leur a mis toutes sortes d'immondices dans les oreilles; ils ont sur la langue un goût de poison, etc....

Cependant les malades semblent indifférents, demeurent apathiques et immobiles, si on ne leur adresse pas la parole, ou si une impulsion intérieure ne les oblige pas à rire ou à murmurer quelques mots. Ils sont malpropres et salissent leurs habits. Ils n'ont plus d'intérêt pour rien, ni d'initiative. Pendant des semaines, ils restent ainsi dans cette torpeur intellectuelle. L'innervation musculaire (voir plus loin), le pouls, la température ne présentent aucune anomalie. La sensibilité est conservée. La figure est pâle; la nutrition subit une diminution lente; on n'observe pas d'autres troubles trophiques ni de symptômes paralytiques (salivation). Les sensations fausses font souvent croire aux malades que certaines parties de leur corps ont disparu, ou qu'on a enlevé leur tête pour en mettre une autre à la place ;

mais ces sensations ne provoquent aucune réaction, à cause de cette torpeur générale, qui oblige parfois les malades à garder le lit pendant des semaines entières. Dans d'autres cas, on voit survenir ensuite un état maniaque, qui revêt ordinairement l'aspect de la fureur et de la colère, qui s'accompagne d'impulsions et de dispositions morales changeantes, passant de l'irritation à la satisfaction de l'ébriété.

Après une durée variable (de quelques semaines à plusieurs mois), le calme et la lucidité reparaissent lentement (voir plus loin), ou avec rapidité; souvent cette amélioration est durable, parfois elle n'est que passagère, et, après quelques heures, le malade retombe dans la confusion intellectuelle. La nutrition se relève et le poids du corps augmente; cet accroissement est rapide, et continue même alors qu'une phase maniaque de transition interrompt une convalescence prolongée; cette phase maniaque est représentée habituellement par une excitation modérée (moria), et parfois s'accompagne de chorée.

On observe une humeur expansive, une tendance à jouer une foule de mauvais tours, un besoin de s'occuper constamment et de changer sans cesse d'occupation, une distraction excessive; le malade subit une foule d'idées brusques et bizarres; il est très irritable, aussi le moindre refus, la plus légère remontrance provoquent-ils chez lui une indocilité opiniâtre et puérile; d'autres fois, c'est un accès de colère brusque; il recherche la discussion, se révolte puérilement contre les ordres ou les défenses qu'on lui fait; tels sont les traits principaux qui caractérisent cet état.

Dans d'autres cas, la moria peut être très marquée et s'accompagner de *moral insanity* (V. *Manie avec dégénérescence*), et cela pendant des mois. Ce qui est remarquable, c'est la variabilité de l'humeur et de l'état de la conscience : la docilité enfantine alterne avec la brutalité et la fureur, le mutisme et l'apathie avec le bavardage intarissable et les cris incessants, la lucidité avec la confusion la plus profonde et avec des idées ambitieuses ou des idées incohérentes de persécution. L'anémie, l'excitation sexuelle (masturbation) semblent être les causes de cette gravité particulière de la marche

Peu à peu, et presque toujours après plusieurs semaines, cet état s'améliore en même temps que la nutrition et la circulation se régularisent (chez les femmes, la menstruation se rétablit); enfin la guérison est obtenue, à l'aide d'un traitement psychique prudent. Le malade se souvient exactement de la phase de stupeur qu'il a traversée, et même des plus petits détails; on est surpris d'entendre raconter les rêves extraordinaires qui remplissaient son intelligence.

Une malade voyageait dans des mondes étranges, dans différents pays; les villes apparaissaient à ses yeux, puis s'effaçaient; après avoir visité la terre, elle s'était envolée vers le soleil, et avait ressenti en elle une juissance divine; elle était devenue un soleil, qui était le centre de l'univers, et les autres astres étaient attachés à elle comme par une force magné

tique, etc. D'autres fois, elle prenait la forme de différents animaux, d'une anguille, d'un lion, d'un mammouth; sous cette forme, elle assistait au déluge, et elle était alors obligée d'éviter les cadavres flottant à la surface des eaux. Tout était animé autour d'elle: des armées de soldats, gros comme des hannetons, mais complètement équipés, pénétraient dans sa chambre avec des fanfares, et ces soldats s'introduisaient dans son corps. Tantôt elle avait d'elle-même une conscience exacte, tantôt elle croyait que son corps et son esprit subissaient toutes sortes de métamorphoses. Pendant les périodes de stupeur, ses illusions et ses hallucinations étaient particulièrement intenses; elle voyait les personnes qui entraient dans sa chambre, mais elles avaient le visage couvert de masques qui changeaient sans cesse; tout à coup elles s'évanouissaient dans l'air, ou s'éteignaient comme des flammes, ou encore, elles devenaient de l'eau qui s'écoulait dans « le noir Léthé » : ces apparitions la plongeaient dans le deuil et la tristesse. Les aliments qu'on lui présentait étaient la cause d'illusions épouvantables ; elle y voyait des têtes coupées, des yeux qui pleuraient, des langues, des morceaux de cadavre; puis des serpents, des vers rampaient sur son assiette.

C'est au moment où la stupeur cède que les premières impressions exactes se gravent dans la mémoire; au début, elles sont encore vagues, mais elles persistent cependant. Ainsi, certains malades savent raconter avec exactitude et avec vivacité l'impression morale persistante que leur a causée un mot bienveillant ou une attention qu'on leur a témoignée (fleurs); à partir de ce moment, ils ont pu revenir à la réalité et se ressaisir eux-mêmes (V. *Mélancolie*).

Ces différentes *variétés cliniques de stupeur* sont très multiples; les plus importantes sont les suivantes : α. *la pseudo-stupeur avec hallucinations s'unit à un status attonitus plus ou moins généralisé* (contraction des bras; inclinaison ou flexion de la tête; attitude croisée de certains doigts; extension ou flexion des doigts; élévation convulsive et passagère d'un bras). Les troubles vaso-moteurs ne vont pas jusqu'à la parésie, mais seulement jusqu'à un ralentissement de la circulation; le pouls est de fréquence variable, et la température est un peu abaissée. Les sensations sont lentes, les réactions molles d'abord, mais peu à peu elles redeviennent plus promptes, normales, puis exagérées, pour retomber dans la paresse primitive, quand l'irritation a disparu. La névrose motrice peut persister ainsi pendant toute la durée de l'affection, ordinairement prolongée; d'autres fois, elle alterne avec des épisodes de flaccidité musculaire (avec ou sans *flexibilitas cerea*); puis se reproduit de nouveau une tendance à la *rigidité musculaire* qui est brusque et douloureuse; à d'autres moments, la motilité est normale. Le malade se plaint, dans la suite, qu'on lui retirait ses forces, puis qu'on l'attachait et qu'on l'immobilisait; en même temps il était toujours tourmenté par des rêves auxquels il ne pouvait se soustraire; beaucoup restent plongés dans ces rêves jusqu'à la guérison; d'autres présentent successivement ces états de rêve et des phases de demi-lucidité, pendant lesquelles ils ont même des perceptions exactes et nettes. La guérison est possible, mais les rechutes sont fréquentes, et, dans ce cas, le pronostic est plus grave.

β. *La stupeur reste rudimentaire;* on n'observe qu'un état de demi-lucidité; par contre, le status attonitus fait complètement défaut. Cette forme est comparable à la démence aiguë stupide, déjà décrite; mais les hallucinations, qui sont essentielles dans cette démence aiguë, n'existent pas ici. Comme dans cette démence, la rigidité musculaire est remplacée par une impuissance *psycho*-motrice, due au vide de la pensée, à l'indécision, à l'affaiblissement de la volonté; elle s'accompagne de mutisme, et de résistance témoignée par le malade quand on lui adresse la parole ou qu'on cherche à lui imprimer des mouvements passifs; parfois des impulsions brusques éclatent tout à coup; il saisit, serre convulsivement, frappe; ou bien il élève et laisse retomber automatiquement un de ses membres; souvent il pousse, en même temps, des vociférations. L'humeur est représentée par de l'apathie, assez fréquemment aussi par de la dépression très nette et une terreur vague. Mais ici, les moments de lucidité sont fréquents (il semble au malade qu'on tire un rideau étendu devant lui); alors on observe un besoin irrésistible de parler, et le malade mêle les perceptions réelles et fausses, un récit exact de ce qui lui est arrivé, puis des idées brusques et tronquées. Parfois il répond nettement à certaines questions; mais bientôt il retombe, pour retrouver tout à coup cette lucidité au bout d'une heure, ou le jour suivant. La marche est, comme celle de la démence aiguë stupide, terminée par la guérison après une phase transitoire de mélancolie ou de manie, ou par une démence définitive, le plus souvent après des récidives nombreuses.

γ. La stupeur n'a pas un développement et un déclin progressifs, *mais elle se produit brusquement et disparaît avec la même rapidité;* elle représente une sorte d'asthénie cérébrale soudaine, un épuisement cérébral aigu, avec pouls radial petit, battements carotidiens, lividité du visage; le malade retient les matières et l'urine; la température s'élève fortement. Cette forme n'existe pas seule, mais se produit comme une phase transitoire dans certaines mélancolies ou certains états de délire systématisé; parfois aussi, elle vient les terminer. Dans le premier cas, cette stupeur vaso-paralytique peut disparaître au bout de peu de temps (un ou plusieurs jours), et n'assombrit pas le pronostic porté sur l'affection principale. Dans l'autre cas, elle annonce une paralysie suraiguë et progressive du cerveau, analogue à l'état de mal épileptique qui se termine par la mort.

B. **Démence aiguë primitive sans stupeur.** — Ce groupe est moins fréquemment observé que le groupe précédent (avec stupeur). Des cas d'intensité moyenne sont cependant assez fréquents après les fièvres, surtout après les maladies infectieuses graves (typhus, variole), et particulièrement après l'accouchement. Les formes intenses, à marche aiguë et subaiguë, seraient au contraire très rares (Binswanger). Plus nombreux sont les cas de démence primitive intense à marche chronique, parmi lesquels il faut citer surtout ceux qui succèdent à des blessures de tête.

Comme psychose post-fébrile, la démence aiguë représente un état

aigu d'épuisement cérébral, consécutif à la consomption fébrile; les malades présentent un extrême affaiblissement moteur et psychique: ils restent assis pendant des journées entières sans prononcer un mot, leurs perceptions sont obscures, et ils ne comprennent plus les faits les plus simples; ils sont absolument incapables de se diriger, et doivent être soignés comme des enfants. Il leur est impossible de faire le calcul le moins compliqué, et beaucoup de malades racontent qu'ils avaient oublié même leur nom. Ils sont indifférents ou gémissent sans raison. Quand les forces physiques se relèvent, la convalescence commence, et le malade sort de sa démence passagère pour récupérer son ancienne activité intellectuelle; parfois il traverse, avant d'arriver à la guérison, plusieurs phases d'excitation maniaque. Quelques-uns, après la guérison, présentent pendant des années une résistance et une énergie psychiques moindres.

Il convient de placer ici les observations qui ont été rapportées de démence primitive aiguë consécutive à la strangulation ou à l'intoxication par l'oxyde de carbone; je puis ajouter aux différents cas qui ont été cités une observation qui m'est personnelle. Un homme de quarante-six ans, sans tare héréditaire, tomba, à la suite de chagrins, dans un état de mélancolie commençante, et se pendit; mais il fut secouru à temps; il présenta alors des mouvements convulsifs intenses et une agitation maniaque stupide qui dura plusieurs heures; à partir de ce moment, il fut *dans un état de démence*, et ressemblait à un paralytique (inégalité pupillaire, contraction inégale des muscles du visage, démarche embarrassée, ralentissement de la parole). Lui-même attribuait cet état aux convulsions qui avaient suivi sa tentative de pendaison. Il montrait une apathie complète et une certaine sensiblerie; la mémoire et le jugement étaient affaiblis; il passait brusquement de l'euphorie à un larmoiement puéril. Il ne se souvenait pas des faits les plus récents, et il répétait souvent qu'il était frappé de démence. Au bout de huit mois, survint une amélioration lente, et enfin la guérison; mais quelques lacunes psychiques subsistèrent. Plusieurs années plus tard, une récidive détermina un état d'incurabilité. Il faut placer également ici les affaiblissements psychiques consécutifs aux cachexies d'origine thyroïdienne.

Dans les psychoses de la grossesse, on observe surtout des cas de moyenne intensité. Après un accouchement accompagné d'hémorrhagies abondantes, et au début de la lactation (lorsque l'alimentation est insuffisante, ou lorsque la femme est soumise à des émotions pénibles), on voit se produire des états d'affaiblissement psychique primitif qui débutent brusquement et revêtent aussitôt l'aspect très net de la démence.

Presque toujours, ce sont des formes variables d'affaiblissement psychique. Les malades, anémiées à un haut degré, tombent dans l'agitation,

après un stade prodromique court, représenté par un état nerveux exagéré et par de l'insomnie ; elles ne savent plus se diriger, ne reconnaissent plus leurs enfants ni leurs maris ; elles ont perdu tout sentiment de pudeur ; il faut les soigner, les pousser à se nettoyer et à prendre leurs repas. Sans apprécier le danger, elles commettent les imprudences les plus folles. Elles mangent, sans arriver jamais à la satiété, tout ce qui leur tombe sous la main. D'autre part, elles ne peuvent répondre aux questions les plus simples, se contredisent et ne s'en aperçoivent pas, ne trouvent pas leurs mots et ont recours aux périphrases les plus bizarres (pseudo-aphasie) ; elles méconnaissent les personnes qui les entourent, et, d'un moment à l'autre, les prennent pour tel ou tel autre personnage. Elles vivent hors de l'espace et du temps, tout en voyant ce qui se passe autour d'elles.

D'autres femmes semblent avoir oublié totalement leur passé, vivent indifférentes et inoffensives, ne font aucune question ni aucune réponse. Elles sont toujours en mouvement, décrivent un cercle en courant, pendant des heures ; sifflent un air toujours répété, font des gestes bizarres de la tête et des mains, font des mouvements brusques et des grimaces quand on les approche ou quand on les touche ; d'autres fois, elles s'accroupissent dans un coin, crachent à terre, crient ou poussent des éclats de rire ; elles obéissent à des idées brusques, se montrent puériles, ou présentent les symptômes d'une moria qui se traduit tantôt par une disposition marquée à taquiner les autres aliénées, tantôt par une brutalité extrême. De temps en temps se produisent des hallucinations isolées et non cohérentes, que les malades acceptent avec indifférence, ou qui déterminent des accès de panophobie ou de violence. On les entend souvent parler seules pendant des heures, tantôt chantant, tantôt grognant ; d'autres fois, elles restent silencieuses pendant plusieurs jours et résistent à tout ce qu'on leur demande. La marche peut être favorable (après une phase de moria, l'intelligence se relève, et la volonté reparaît) ; mais elle est assez souvent défavorable (masturbation) et conduit à l'émoussement définitif de l'intelligence.

La forme *apathique* de la démence aiguë est plus rare. L'observation de Binswanger est un bel exemple de ces cas, peu connu jusqu'ici.

Une femme de trente ans, sans tare héréditaire, instruite, mais d'une conduite irrégulière, et qui avait des motifs nombreux de préoccupation, devient enceinte ; vers la fin de sa grossesse elle présente d'abord une excitation passagère (cris inarticulés, vociférations, paroles confuses), puis tombe dans un profond affaiblissement psychique ; elle ne sait plus son nom, son âge ; confond tous les objets, répond au hasard ou pousse seulement un grognement ; elle a même oublié son accouchement ; quand on lui demande si elle est accouchée, elle répond tour à tour par oui et par non. Au point de vue somatique, on note un refroidissement des extrémités, une diminution de la sensibilité, et de l'incontinence d'urine. Au bout de quelques semaines, cette malade se rétablit, le poids du corps augmenta progressivement, et les facultés psychiques redevinrent ce qu'elles étaient auparavant ; elle ne conserva aucun souvenir de son affection.

Je puis citer aussi deux observations personnelles d'une démence primitive sans stupeur, qui ne différait d'une démence apathique secondaire et terminale, dont les symptômes sont, du reste, identiques, que par la curabilité. Le premier cas est plutôt une démence aiguë *partielle*, un émoussement moral primitif, une aboulie avec amnésie partielle, et indolence intellectuelle très marquée; il se rattachait également à la puerpéralité. — Une jeune femme, mariée, dont la vie était heureuse, présenta, au début d'une deuxième grossesse, une tendance passagère à la mélancolie, mais redevint normale; dans les derniers mois de sa grossesse elle éprouve de vives douleurs, va aux cabinets, et y accouche sans que personne en ait le moindre soupçon; au bout de trois jours (la malade était couchée, satisfaite, ne se plaignant nullement) on remarque des taches de sang, et un médecin, appelé, constate que la malade est accouchée depuis quelques jours; on finit par reconnaitre que cet accouchement s'est fait aux cabinets. La malade n'avait pas perdu connaissance au moment de l'accouchement, mais *elle avait oublié ce qui s'était passé*. Elle resta ensuite complètement indifférente, montrait une gaieté superficielle, mais n'avait pas de volonté, ne se préoccupait de rien; elle percevait tout ce qui se passait autour d'elle, donnait des réponses exactes et tenait surtout à se reposer dans son lit; elle était très anémiée. Après une amélioration passagère due à un voyage ordonné par le médecin, le retour des règles ramena le même état de démence aiguë; c'est seulement après un traitement à l'asile, prolongé pendant plusieurs mois, que cette femme sortit de cette hébétude morale et retrouva le libre exercice de ses facultés intellectuelles.

Le deuxième cas est intéressant au point de vue de l'anamnèse. Un jeune homme ressentit une violente épouvante en entendant tout à coup le bruit d'un coup de canon tiré auprès de lui; il éprouva aussi des troubles de l'audition. *Immédiatement après* cet événement, son caractère se modifia; autrefois affectueux, il devint maussade, misanthrope, irritable, ne voulait plus travailler; quand on lui adressait la parole, il s'excitait et se montrait violent. Puis, la démence augmenta rapidement; il présentait une indifférence absolue, résistait à tout opiniâtrement, proférait de temps à autre des injures qui trahissaient des idées de persécution (hallucinations de l'ouïe); sa tenue était inconvenante; il montrait une véritable voracité. Cette décadence devint enfin une démence apathique définitive. — C'est dans cette catégorie qu'il faut classer les états de démence primitive aiguë causés par des blessures de tête. (Voir les travaux de Schlager, Krafft-Ebing, et le mémoire plus récent de Hartmann, *Arch. f. Psych.*, 15.)

TRAITEMENT.

Le traitement de la *stupeur avec status attonitus* consiste à combattre les symptômes : repos au lit, soins minutieux de propreté; veiller à ce que l'alimentation soit suffisante; parfois on peut nourrir le malade en portant dans le fond de la bouche, avec une cuiller, une purée épaisse (pois, haricots, lentilles ; peptones mêlées à du choco-

lat); mais l'emploi de la sonde devient parfois nécessaire. Dans les cas de ptyalisme intense, il faut laver la bouche avec une solution de chlorate de potasse. Grands bains tièdes, bains savonneux. Quand on change les draps du lit, il est nécessaire de ne remuer le malade qu'avec des précautions infinies, car, en soulevant la tête à l'aide de la main étendue à plat, on peut déterminer la production d'othémathômes. De temps en temps, il est nécessaire d'examiner le malade avec soin pour voir si, malgré l'apparence de stupeur, certaines perceptions ne sont pas redevenues possibles; on a, pour cela, recours à diverses excitations de la surface cutanée (chatouillement, mouvements passifs imprimés aux membres, etc...); ces excitations doivent être répétées dès que l'on voit se produire quelque réaction. Il faut toujours songer que l'épuisement nerveux est facilement provoqué chez ces malades, et ne répéter ces excitations qu'à des intervalles assez éloignés; souvent il arrive que ces tentatives semblent réussir, puis restent inutiles; alors, il faut attendre quelque temps. D'autres fois, lorsque l'on constate un relèvement de la nutrition, une énergie plus grande du pouls, la production de quelques mouvements spontanés, les réactions deviennent plus normales, et s'accompagnent d'un sentiment émotif visible. On réussit fréquemment, par ce moyen, à hâter les progrès de la convalescence, et à rétablir plus ou moins vite la faculté de percevoir. Dans d'autres cas, ce retour de la perception est spontané, et il accompagne l'amélioration de l'état somatique; pendant cette période de convalescence ou de réaction, le médecin doit surveiller très attentivement l'état psychique et somatique du malade; celui-ci, sortant de ce sommeil intellectuel, est affaibli, tranquille et indolent, ou bien affaibli psychiquement, excité et irritable; dans les deux cas, l'indication est la même : épargner l'énergie psychique qui reparaît peu à peu, exercer méthodiquement les forces intellectuelles sans aller jusqu'à la fatigue, réveiller les sentiments émotifs sans irriter le malade; c'est une nouvelle éducation à entreprendre, chez un enfant dépourvu de raison, et qui entre dans une colère convulsive dès qu'on le contredit. Lorsque l'irritabilité est excessive, on donnera de petites doses d'opium dans du xérès; on ordonnera des bains tièdes fréquents; on aura aussi recours à de petites attentions, aux friandises. Au point de vue somatique, on instituera un traitement tonique (quinquina, extrait de malt; repos au lit; régime; faire asseoir les malades au grand air, etc.). Donner une occupation d'abord purement mécanique, et ne demander que des efforts progressifs. Se montrer très prudent au sujet des visites et des lettres. Le médecin doit faire preuve d'une grande patience pendant toute cette période de convalescence; le malade doit reprendre peu à peu des habitudes normales; d'autres fois, il redevient plus

rapidement capable de se diriger. Une fois guéri, il doit rester quelque temps encore dans l'asile.

La forme stupide avec hallucinations nécessite des soins somatiques (régulariser l'alimentation et le sommeil) en même temps qu'il faut s'efforcer de calmer autant que possible ces hallucinés. Contre les hallucinations on aura recours à l'opium, qui très souvent les fait disparaître; au besoin, employer la méthode hypodermique. Si l'hébétude de cette démence aiguë augmente, avoir soin de protéger le malade contre lui-même (veiller à ce qu'il n'avale rien de nuisible); surveiller la miction et la défécation; combattre les congestions par les bains, les sangsues, les révulsifs; chez les femmes, tenir compte de la suppression des règles. Si l'état tend à être chronique, le visage devient livide et bouffi; on observe de l'œdème frontal; alors, il est indiqué d'utiliser à plusieurs reprises les révulsifs. Plusieurs fois, nous avons eu à nous féliciter d'avoir employé la pommade stibiée; contre les excitations réactionnelles, les bains et l'opium sont indiqués. Dès que l'état des forces physiques le permet, il faut recommencer l'éducation du malade, qui reste longtemps encore livré à ses illusions; une occupation agréable est le meilleur moyen de le ramener au sentiment exact de la réalité. Surveiller la menstruation, et ordonner le repos au lit pendant la période cataméniale.

La stupeur apathique, au début, nécessite un repos complet du corps et de l'esprit, l'éloignement de toute cause d'excitation, une alimentation bien réglée; combattre les congestions intercurrentes. J'ai obtenu de bons résultats en employant la méthode de Priessnitz, avec application de glace sur la tête. Le refus des aliments peut obliger à recourir passagèrement à l'emploi de la sonde. Dans les stades ultérieurs et prolongés, quand tous les phénomènes congestifs ont disparu, les douches de tête sont un moyen énergique, de même que la faradisation avec le pinceau. D'autre part, donner aux malades une occupation corporelle et leur faire exécuter des exercices musculaires; quelquefois, le massage est utile. Pendant toute la période de stupeur, entourer le malade de la surveillance la plus attentive, car les impulsions violentes sont à redouter.

FOLIE HYSTÉRIQUE

Bibliographie. — *Sur l'hystérie en général*, voir Jolly, *Ziemssen's Handb.*, 12, avec bibliographie complète.
Folie hystérique : Morel, *loc. cit.*. — Krafft-Ebing, *Traité*, II. — **Hystéro-épilepsie :** d'Olier, *Ann. méd. psych.*, 1881. — Richer, *Monogr.* Paris, 1881. — Féré, *Arch. de neur.*, 1882. — Huchard, *Ibid.* — Dobie, *Brain*, 1882. — Mabille, *l'Encéph.*, 1883. — Bourneville et Bonnaire, *Arch. de neur.*, 1884 (chez un jeune homme). — **Étiologie :** Skene, *Arch. of med.*, III, et *Schm. Jahrb.*, 186 (relation avec les maladies des organes génitaux chez la femme). — **Traitement chirurgical :** Mænner, *Deutsche Allg. Wochenschr.*, 1881 (castration suivie de succès). — Landau et Remak, *Zeitschr. f. kl. Med.*, VI (opinion adverse). — Goodell, *Am. J. of Ins.*, 1882 (succès partiel). — Flechsig, *Neur. Centralbl.* (succès), 1884. — Richter, *Berl. kl. Wochenschr.*, 1880. — Cullerre, 1880 (*Métallothérapie*).
Épidémies récentes de folie hystérique : Chiap, G. et F. Franzolini, *Riv. sper.*, V. — Tamburini, *Ibid.* — Colin, *Ann. d'hyg. publ.*, 1880.

C'est sur le *tempérament hystérique* que reposent ces états psychopathiques si variables. Le caractère névropathique peut être le développement de la névrose héréditaire (voy. ce mot); mais il peut être acquis, et être alors la conséquence d'un déséquilibrement nerveux, sur la production duquel certains états des organes génitaux ont une influence bien constatée.

a) *Tempérament hystérique.* — Au point de vue *clinique*, on peut le caractériser par une faiblesse irritable ; au point de vue *physiologique*, par une prédominance des réflexes sur le pouvoir d'arrêt du cerveau, avec hyperexcitabilité des centres infra-corticaux (sensoriels et sensibles) ; au point de vue *psychologique*, c'est une émotilité pathologique, avec affaiblisement de la volonté et dérèglement de l'imagination ; enfin, au point de vue *psycho-physique*, les actes sont précipités, par suite de la diminution du pouvoir modérateur cérébral ; les sensations sont plus vivement perçues, et les actes psychiques élevés ne se produisent plus avec continuité (pensée, sentiment, efforts volontaires). La symptomatologie est surtout déterminée par l'irritabilité morale pathologique et par l'exagération de l'excitabilité réflexe (*premier* trait du tempérament hystérique). Les sensations physiques et les émotions déterminent chez la malade une impression particulièrement profonde et durable. Les sensations et les émotions sont, du reste, intimement liées ; la plus légère émotion fait vibrer tout l'ensemble du système nerveux, et détermine une sensation douloureuse localisée, ou bien elle provoque des troubles vaso-moteurs intenses et des accès de fureur. Par ce fait, que la malade reporte à la

périphérie et localise les émotions qu'elle éprouve, toutes ses impressions morales deviennent fixes et la dominent, car elles sont, pour ainsi dire, devenues organiques. Les hyperesthésies déterminent la production de convulsions motrices, grâce à cette disposition pathologique aux réflexes exagérés; une émotion, une idée douloureuse suffisent maintenant pour déterminer une attaque convulsive, avec hallucinations et obnubilation de la conscience. On observe une confusion intellectuelle soudaine, des actes incohérents; après un sommeil prolongé, la malade redevient lucide et capable de se diriger (Voy. plus loin). L'hallucination, la douleur nerveuse, la convulsion motrice, une fois produites, persistent à l'état latent, et il suffira de la moindre cause pour les faire reparaître, et pour que le Moi se trouve absolument dominé par cette association pathologique; ce sont là des phénomènes réactionnels, et cependant l'état moral est complètement sous leur dépendance, il est modifié dès que ces phénomènes sont provoqués par la moindre cause extérieure (un malaise physique, par exemple). Cette union intime du moral et des moindres sensations corporelles a pour conséquence une instabilité excessive de l'état moral; ce sont des oscillations continuelles, des changements capricieux dont on ne peut s'expliquer la cause, mais qui sont motivées physiquement. C'est le *second* trait qui caractérise le tempérament hystérique. Les personnes, les objets sont déclarés tout d'abord sympathiques ou antipathiques, et cette appréciation dirige la conduite de l'hystérique; elle ne juge pas; la réflexion fait place au réflexe. Si la réflexion vient ensuite, la malade n'apprécie cependant pas exactement sa conduite irréfléchie; l'irritabilité morale domine toujours, et l'intelligence peut tout au plus chercher à justifier une conduite irréfléchie et produite fatalement, en réalité, par des sensations organiques.

Mais toutes ces tendances sympathiques ou antipathiques, que la raison ne peut expliquer, produisent en outre un effet contraire à celui qu'on aurait dû attendre; l'hystérique recherche ce qui est antipathique et repoussant, et cela, non pas intentionnellement, mais par suite d'une impulsion nerveuse pathologique; la répugnance naturelle pour les objets repoussants détermine une sorte de prurit avec tendance à faire précisément ce qui répugne; les sensations les plus répugnantes, les actes les plus bizarres ont surtout de l'attrait pour la malade; cette relation physio-psychologique peut expliquer le besoin d'être toujours excentrique, de discuter sans cesse et de contredire: — c'est là le *troisième* caractère du tempérament hystérique. Ces malades veulent, à tout prix, se rendre intéressantes, et leurs idées, leurs raisonnements deviennent étranges et bizarres. Chez certains sujets, qui avaient une disposition névropathique héré-

ditaire, on note aussi un sentiment exagéré de la personnalité, qui les rend plus sensibles aux froissements de la vie, en même temps qu'il leur donne une opinion excessive de leur valeur. « Les choses sont ce que l'homme les fait : » ce vieux proverbe trouve une application fâcheuse dans les appréciations si variables des hystériques.

Un égoïsme constant est le *quatrième* caractère du tempérament hystérique. Les malades, dont les prétentions sont si grandes, et qui, d'autre part, souffrent d'une foule de sensations pénibles, par suite de leur hyperesthésie, veulent se faire passer pour des martyres ; elles réclament leurs droits à tout propos, mais elles oublient leurs devoirs; elles négligent leurs occupations, sont absolument indifférentes aux souffrances d'autrui, et ne prêtent aucune attention aux événements les plus importants.

Mais cette affection protéique présente aussi d'autres caractères ; par exemple, on observe souvent des sentiments altruistes exagérés : la malade qui jusqu'alors, ne pensait qu'à elle-même, se consacre à une foule d'œuvres de bienfaisance, sans en être jamais lasse. En fait, cette bienveillance excessive remplace parfois la disposition opposée, qui disparaît brusquement en même temps que les plaintes et les gémissements; souvent des hystériques, à peine remises de leurs attaques convulsives, vont soigner d'autres malades avec un zèle exagéré. Mais, au fond de tous ces actes de bienfaisance, on retrouve presque toujours un caractère d'égoïsme, le besoin de se faire admirer ; cela ne s'applique cependant pas à toutes les hystériques ; beaucoup d'entre elles ont un caractère élevé, elles savent, par un effort énergique, surmonter les tendances morbides produites par leur maladie ; suivant le mot d'un grand philosophe, elles « maîtrisent, par leur force d'âme, leurs sensations maladives ». Par malheur, tout cela est peu durable, et elles se lassent vite de cette bienfaisance impulsive ; cette prompte lassitude est encore un trait du tempérament hystérique, qui n'admet rien de durable et procède toujours par bonds irréguliers ; la suractivité est suivie d'épuisement; ces deux états alternent presque toujours périodiquement.

L'hystérie peut déterminer une altération particulière des sentiments élevés et de la moralité ; mais ce caractère ne se rencontre, heureusement, que dans les cas graves ; ce symptôme représente l'élément dégénératif du tempérament hystérique. On le trouve déjà, à l'état latent, dans l'égoïsme des malades (voy. plus haut) qui affaiblissait les sentiments moraux et altruistes. Ici, on observe une méchanceté active, une perversion morale, un besoin de mentir, de calomnier, qui rendent ces malades incapables de vivre dans leur famille, et insupportables dans l'asile, qui est cependant le seul endroit où l'on puisse les garder.

Il faut signaler particulièrement les perversions sexuelles. La masturbation, l'inversion du sens génital, l'amour lesbien, etc..., sont beaucoup plus fréquents chez les hystériques, dont l'imagination est déréglée et surexcitée, que chez tous les autres dégénérés ; le besoin du coït normal peut aussi être pathologiquement exagéré, et l'on voit des jeunes filles ou des femmes, mariées et heureuses, devenir de véritables Messalines. On a vu de jeunes mariées, pendant leur voyage de noces, s'enfuir avec le premier inconnu qu'elles rencontraient ; des femmes, jusqu'alors honorables, se livraient sans honte et sacrifiaient à leurs désirs effrénés toute dignité. Parfois, et ce fait mérite d'attirer l'attention, cette impulsion perverse se reproduit périodiquement, accompagnée d'autres symptômes psychiques ou trophiques se rapportant à une excitation pathologique. Cet état peut donner naissance à un délire de jalousie, chronique et lentement progressif ; et cela est intéressant au point de vue médico-légal, à cause des attentats fréquents contre le mari ou l'amant ; à part ce délire spécial, l'intelligence reste intacte (voy. *Moral insanity* et *Érotomanie* à l'article : Actes impulsifs.)

Il faut placer à côté de ces faits la tendance à exagérer les souffrances, à simuler et à dissimuler, qui résulte du besoin pathologique qu'éprouvent les hystériques de se rendre intéressantes.

Pour apprécier l'importance de la dépravation morale, il est deux faits dont il faut tenir compte. Le premier consiste dans l'accroissement pathologique de la sensibilité, et le médecin doit considérer ces actes immoraux comme des actes réflexes : l'impulsion morbide (la sensation génitale) est irrésistible, parce que le cerveau a perdu son action d'arrêt ; les malades réagissent comme des enfants. Le second fait consiste dans le dérèglement de l'imagination ; les hystériques construisent jour et nuit, sur toutes leurs sensations, des rêves et des romans qui remplissent toute la conscience ; elles mêlent la vérité et la fiction, leurs désirs et les faits réels, et tout prend à leurs yeux la même apparence de réalité. Quant à la méchanceté et à la rancune si connues des hystériques, elles reposent sur un état moral dépressif : ces malades croient qu'on leur a nui, ont un délire léger ou grave de persécutions, pensent qu'on ne les a pas appréciées à leur valeur ; elles s'aigrissent, deviennent haineuses et méchantes. Pour ce qui concerne la disposition au mensonge, il faut savoir que, à ce degré de la maladie, les souvenirs ne sont plus très fidèles, mais qu'ils sont altérés sans que les malades en aient conscience ; elles mentent *optima fide*, et sont leurs premières dupes (voy. *Folie morale*).

Nous nous trouvons amenés à étudier la vie intellectuelle des hystériques. Leur intelligence est vive et développée, souvent supérieure à la moyenne ; elles ont une grande promptitude et une grande facilité de conception, et en même temps elles sont poussées vers toutes sortes d'extravagances, veulent s'occuper de mille questions scientifiques ; leurs conceptions sont étendues, mais superficielles, et, malgré les théories philosophiques dont elles font étalage, elles ignorent

les règles les plus simples de la logique ; elles sont à la fois très intelligentes et très bornées. Les bas-bleus sont, le plus souvent, des hystériques. Outre ces anomalies, et ce déséquilibrement général de l'intelligence (ils ne sont pas caractéristiques, mais seulement fréquents, car beaucoup d'hystériques ont un développement psychique parfait), on observe aussi des états pathologiques de l'idéation, et des troubles primitifs et fondamentaux (voy. plus haut) ; c'est d'abord un développement excessif de l'imagination, qui prime les autres fonctions intellectuelles ; pour le second point, c'est une grande disposition aux idées obsédantes. Cette suractivité de l'imagination se montre surtout dans le besoin d'interpréter toutes les sensations les plus variables (les hyperesthésies, surtout celles des nerfs viscéraux, jouent ici un grand rôle) ; des idées brusques et extravagantes, des illusions, des hallucinations, des rêves que la malade fait tout en étant éveillée, sont reproduits au gré de sa volonté. Tous ces phénomènes, isolés ou réunis, peuvent arriver à fausser complètement la mémoire (Krœpelin), et souvent ils déterminent des erreurs monstrueuses dans l'appréciation du temps ; les malades prétendent être des personnages historiques du temps actuel ou des siècles passés, et sont tantôt l'un ou l'autre de ces personnages, tantôt tous ces personnages à la fois ; elles croient vivre successivement dans différents pays, ou dans plusieurs pays à la fois. Dans leur mémoire, les jours deviennent des années. Les erreurs illimitées de la mémoire faussent le sentiment de la personnalité, compromettent son unité, et conduisent à des dissociations du Moi, qui, à leur tour, altèrent toutes les perceptions, les font concorder avec le délire, et produisent les conceptions les plus bizarres de l'entourage. Il est plus particulièrement remarquable de voir les hystériques admettre comme réelles des souffrances qu'elles ont imaginées de toutes pièces ou qu'elles ont observées chez d'autres personnes ; et elles arrivent ainsi à *souffrir réellement*.

Rappelons ici les stigmatisées des siècles précédents, les convulsions qui, à notre époque, se sont propagées par imitation, de façon à former une vraie épidémie ; les guérisons subites obtenues par le moyen de substances inertes, chez des malades convaincues qu'elles allaient en effet guérir (*Suggestion* et *Auto-suggestion*).

Les obsessions (voy. ce mot) sont émotives ou intellectuelles, inoffensives ou impérieuses ; elles peuvent pousser les malades à toutes sortes d'actes niais et stupides, à se frapper elles-mêmes ou à injurier les personnes de leur entourage, et même elles déterminent des réactions maniaques. En effet, les malades ne peuvent échapper à l'influence de cette force étrangère, bien que la conscience reste lucide et le jugement intact. Par suite de leur tendance à rêver tout éveillées,

ces malades présentent des délires périodiques; elles construisent toutes sortes de romans sur des faits réels, ou tombent périodiquement en extase, et entrent en rapport mystique avec les esprits.

Les *actes* des hystériques sont en relation avec les modifications de leur vie intellectuelle et morale. On comprend, par suite, combien les actes et les décisions de ces malades peuvent être modifiés de mille manières, et devenir anormaux; combien cette irritabilité morale exagérée, et cette tendance aux actes réflexes peuvent exercer une influence fâcheuse, alors surtout que la réflexion fait complètement défaut.

C'est pour cette raison que la conduite des hystériques est dirigée par les émotions, et que leurs actes sont précipités ; beaucoup d'actions sont purement automatiques, c'est-à-dire inconscientes. Les malades assurent qu'elles étaient forcées d'accomplir tous ces actes dans leur état de rêve, et qu'elles n'étaient dirigées par aucun motif; elles sentaient qu'elles obéissaient à cette impulsion étrangère sans pouvoir y résister; elles étaient mises en mouvement comme des machines. Dans certains stades hystériques, beaucoup d'actes doivent être rattachés à la perversité morale et à la perversion sexuelle : elles poussent les malades dans des aventures que leur imagination romanesque transforme pour attirer l'attention, ou qui peuvent faire de ces malades les héroïnes de causes célèbres. La statistique criminelle de tous les pays nous apprend sur ce point les faits les plus invraisemblables ; un des cas les plus célèbres est celui de La Roncière.

Il faut remarquer aussi la *résistance active* opposée par les hystériques à tout ce qu'on leur demande ou conseille ; il faut les pousser pour obtenir d'elles l'accomplissement d'un acte quelconque; elles veulent qu'on leur indique avec précision la conduite qu'elles doivent tenir, et font exactement le contraire de ce qu'on leur a dit. Elles consultent dix médecins tour à tour, leur demandant un régime et un traitement qu'elles sont bien décidées à ne pas suivre; puis elles se plaignent que leur médecin les abandonne; le malaise intérieur determiné par les changements incessants de leurs désirs et de leur volonté, elles en accusent leur entourage, qui les malmène, disent-elles, ou qui, au contraire, se montre à leur endroit d'une complaisance coupable.

La volonté et la conduite des hystériques redeviennent périodiquement normales, car leur état psychique présente, on le sait, des oscillations; ainsi bien des efforts dont on attendait beaucoup, après des périodes d'activité (et même de suractivité) suivies d'épuisement, sont annihilés brusquement par l'impulsion organique.

Au point de vue *somatique*, on peut ranger dans l'état hystérique tous les troubles connus de la motilité et de la sensibilité, ainsi que les troubles sensoriels, vaso-moteurs, et trophiques de l'hystérie. Pour les folies hystériques, ce sont les troubles sensibles et vaso-moteurs qui sont les plus importants. Il faut insister aussi sur les prodromes prolongés, telles que de

violentes migraines, de l'excitation psychique au moment des règles, qui, dès la puberté, constituent un véritable état pathologique à répétitions.

b) *La folie hystérique* est infiniment variable. Elle peut être aiguë ou chronique, passagère ou durable. Au point de vue des symptômes, elle peut revêtir une forme clinique quelconque, ou passer par plusieurs formes successives (l'état hystérique renferme les éléments de la manie, du délire systématisé simple et catatonique, du délire systématisé avec dégénérescence, et de la démence), mais elle a toujours une physionomie spéciale; les folies hystériques constituent un groupe *étiologique*. L'exagération du tempérament hystérique dans le sens de l'irritabilité morale et de l'hyperesthésie cérébro-spinale forme un état clinique que nous avons déjà étudié dans la mélancolie. (Voir variété chronique hypochondriaque). Un deuxième état clinique, qui représente aussi une certaine exagération du tempérament hystérique, est la *folie hystéro-épileptique*.

Dans la majorité des cas, c'est une émotion terrifiante qui amène l'explosion de la folie ; chez les jeunes filles, ce sont souvent des attentats à la pudeur qui déterminent l'accès. Les causes d'affaiblissement et de dégénérescence physique, la masturbation surtout, et aussi les excès de coït chez les prostituées, exercent une grande influence prédisposante.

Lorsque l'émotion a été suffisamment intense, on peut voir se produire immédiatement une attaque convulsive généralisée, avec obnubilation de la conscience et délire. D'autres fois, l'excitation produite par la période cataméniale, ou l'irritation qui part d'une cicatrice douloureuse et qui devient un chagrin obsédant, précède le premier paroxysme. Dans un autre groupe de cas, on ne peut démontrer l'influence d'aucune de ces causes accidentelles, et l'attaque convulsive hystéro-épileptique représente simplement le développement du tempérament hystérique (v. plus haut); mais des paralysies transitoires, des anesthésies sensorielles, des hyperesthésies, une excitation périodique suivie de calme, avaient, pendant des années, précédé cette attaque.

L'attaque éclate brusquement, ou après de courts prodromes; dans ce dernier cas, les malades deviennent silencieuses, ont les yeux fixes et hagards, versent parfois des larmes, se plaignent de violentes douleurs frontales ou ovariennes. Elle peut revêtir différentes formes : 1° ce sont des convulsions hystéro-épileptiques ordinaires; la malade tombe, est secouée de mouvements cloniques, grimace, mord, crache, etc.... Ces phénomènes moteurs ne sont pas seulement des actes réflexes; mais ils présentent un caractère psychique net : ils traduisent un délire démonomaniaque, ou ce sont des mouvements de défense contre des persécuteurs ou contre des hallucinations. Ces grands gestes choréiques expriment souvent l'angoisse la plus violente, provoquée par un délire terrifiant. — 2° L'attaque représente un paroxysme de rage furieuse, avec violences dirigées contre la malade elle-même ou contre les autres (c'est l'équivalent psychique de l'attaque hysté-

rique, comme la manie furieuse est l'équivalent de l'attaque épileptique).

Quelle qu'en soit la forme, l'attaque est accompagnée de délire, c'est-à-dire que la malade est brusquement le jouet d'illusions ; les idées délirantes reproduisent souvent avec une fidélité extrême l'émotion violente qui a déterminé l'explosion de l'accès ; et même des injures, entendues alors, sont exactement répétées. Les persécuteurs prennent la forme de démons et d'esprits. Cependant, on observe, par intervalles, des moments de demi-lucidité, pendant lesquels la malade est capable de répondre nettement aux questions qu'on lui pose ; puis elle répète, en les transformant, les mots qu'elle entend prononcer, et entre dans des accès de fureur ou de douleur ; elle prend les poses d'une femme désespérée, d'une martyre, et, si elle ne peut arriver à exprimer un sentiment de ce genre, on voit se produire des mouvements purement convulsifs. La compression des ovaires augmente ordinairement, et arrête parfois l'excitation convulsive. Lorsqu'une attaque a pris fin (elle a pu durer plusieurs heures ; — souvent elle est formée de plusieurs phases, séparées par des intervalles de calme), sans qu'on ait constaté d'élévation de température, la malade présente un état d'épuisement moral avec stupeur, dépression et grande irritabilité ; elle ne revient que lentement à son état normal. Le souvenir de l'attaque est très sommaire, et s'arrête ordinairement au début de l'attaque; lorsque celle-ci est intense, l'amnésie persiste (c'est donc une transition vers les états épileptiques).

Dans aucune des autres psychoses hystériques, on n'observe aussi tôt ni avec une telle gravité, la perversion morale, ce symptôme de dégénérescence. Cette perversion morale constitue une folie chronique, prolongée, qui appartient aux formes les plus graves des maladies mentales. Le tempérament hystérique s'exagère en même temps que les attaques sont toujours prêtes à éclater à propos d'une déception, d'un refus, du froissement le plus léger subi par ces malades dont la sensibilité est extrême ; toutes ces contrariétés provoquent une attaque convulsive ; un mot suffit pour produire une agitation qu'on ne peut calmer et un véritable orage, déchaîné par la passion ; la malade tombe alors brusquement dans une fureur indescriptible contre elle-même et contre les autres, et brise tout ce qu'elle peut atteindre. Ces hystéro-épileptiques inspirent une crainte trop bien justifiée. Dans l'intervalle de leurs paroxysmes, elles ont des allures réservées et timides, mais dissimulent ainsi leurs intrigues, leurs calomnies et leur besoin de vengeance. Si l'on arrive, par une thérapeutique rigoureuse, à calmer cette disposition convulsive et à donner à ces malades une nouvelle éducation, on peut les rendre à la vie commune et elles peuvent se livrer à des occupations faciles ; mais les récidives sont presque toujours imminentes. Dans les cas défavorables, ces malades sont les fléaux de l'asile ; puis, peu à peu, elles tombent dans la démence. Les anciens accès de fureur peuvent aussi devenir des accès de stupidité temporaire, pendant lesquels les malades ont une expression bestiale du visage, présentent une torpeur intellectuelle plus ou moins complète, et une obtusion morale absolue ; cependant, des accès de fureur éclatent parfois brusquement. Quelquefois, après une durée de plusieurs années,

après de nombreuses récidives de plus en plus graves, on peut voir encore se produire une « guérison », avec lacunes persistantes.

Parmi les formes de folies hystériques aiguës les plus fréquentes, on doit citer des *états de suspension de la conscience*, des *états d'extase*, qui, une fois produits, peuvent devenir très tenaces, de sorte que leur production ne dépend pas seulement des variations périodiques, et toujours plus rapides, de l'état nerveux, mais qu'elle peut être déterminée par la volonté des malades (hypnotisme spontané).

L'extase (les visions), consiste dans la suppression temporaire des perceptions extérieures, la malade concentrant son attention tout entière sur ses hallucinations. Elle varie suivant que les perceptions sont amoindries ou complètement supprimées, et se modifie même chez chaque malade. L'extase peut apparaître d'une manière intercurrente dans le tempérament hystérique simple ou dans les différentes folies hystériques; c'est ainsi qu'elle vient compliquer le délire systématisé démonomaniaque et érotique, et surtout les formes hallucinatoires aiguës. Elle se produit brusquement, ou bien après une obnubilation de la conscience rapidement progressive. Dans les accès, on observe une rigidité cataleptique plus ou moins intense, avec ou sans *flexibilitas cerea* (parfois, lorsque l'accès est très léger, la malade exécute seulement des mouvements vagues et monotones); les yeux sont hagards, fixés sur un point déterminé, ou bien les paupières sont fermées convulsivement ; les pupilles sont dilatées; les paupières sont souvent agitées d'un mouvement convulsif. De plus il existe une anesthésie plus ou moins complète (s'étendant même aux conjonctives), souvent une pâleur livide; d'autres fois, au contraire, la face est congestionnée; le pouls est lent, rare, ou au contraire fréquent. Cet état peut durer de quelques minutes à plusieurs heures ; la malade revient à elle si on l'appelle brusquement et à haute voix, si on lui jette de l'eau froide au visage, ou si l'on entr'ouvre soudainement ses paupières; au moment du réveil, on voit souvent le visage grimacer, ou bien les malades poussent des soupirs, des gémissements, et font des mouvements de défense chaque fois qu'on les approche. Elles refusent assez souvent de dire quelle était la nature de leurs visions ; d'autres fois elles consentent à en parler, ou bien leurs chants et leurs bavardages, pendant l'accès, font comprendre qu'elles étaient en relation avec des esprits célestes, avec des morts, ou avec un fiancé divin, ou encore qu'elles se croyaient dans un monde variable et changeant, fait de perceptions exactes et d'illusions, et dans lequel elles jouaient un rôle. Ces accès peuvent être séparés par de longs intervalles, se répéter chaque jour, ou alterner périodiquement avec des jours de lucidité ; parfois ils forment, dans la folie hystérique chronique, des phases particulières assez longues, et qui se reproduisent à diverses reprises, mais qui, quelquefois aussi, disparaissent complètement.

Mélancolie hystérique. — Le type clinique est, dans les grandes lignes, celui de la mélancolie ordinaire, souvent même il ne présente

pas de modifications particulières; d'habitude, on y retrouve pourtant certains caractères hystériques.

a) L'élément douloureux névralgique est plus marqué que dans la mélancolie franche. Les troubles nombreux et très prononcés de la sensibilité entretiennent l'affection, et de plus, créent un état hypochondriaque à côté de l'état mélancolique, ces deux états se remplacent l'un l'autre. Les plaintes, à la fois mélancoliques et hypochondriaques, sont tout à fait exagérées ; les comparaisons, les expressions des malades sont fantastiques, (c'est là un trait de délire systématisé originel des dégénérés) : ces malades se plaignent d'être vidées, d'être brûlées par un feu intérieur; elles se sentent faibles, et se comparent à un flambeau qui s'éteint, ou bien elles sont gonflées « comme un cervelas », etc...

b) Les raptus mélancoliques sont plus fréquents ici que dans la mélancolie franche ; parfois on voit se produire tout à coup des mouvements automatiques ; elles tournent rapidement sur leur siège; elles balancent la tête, contractent leurs traits; on observe souvent des congestions vasomotrices de la tête, des palpitations avec battements accélérés du pouls ; puis le retour au calme survient brusquement, de même que la malade passe tout à coup du calme dans les périodes de raptus moteurs.

c) Des accès de rire et de larmes surviennent par intervalles, avec la sensation de constriction pharyngée, de l'ischurie, qui souvent interrompent les plaintes mélancoliques.

d) Les hallucinations (et surtout des hallucinations réflexes) sont toujours prêtes à se produire.

e) Toutes sortes d'états psychiques se succèdent, à peine formés, et ils se remplacent brusquement; cela est surtout marqué au début de l'affection. A une inquiétude mélancolique vague succède une fureur de courte durée; puis c'est une phase de tranquillité, après laquelle surviennent irrégulièrement des phases d'excitation; enfin, après plusieurs semaines, la mélancolie définitive est constituée.

f) La dépression est, en général, moins constante et moins marquée que dans la mélancolie du cerveau valide; elle est presque toujours indécise, et l'on trouve à côté d'elle une disposition contraire : cette douleur infinie, ces larmes, n'excluent pas une véritable soif de plaisirs; à côté d'un sentiment de culpabilité, il existe une foule de désirs, une sensibilité exagérée, un besoin de faire des cadeaux magnifiques, etc.

g) Le tempérament hystérique continue à se manifester en même temps que les autres symptômes mélancoliques; ces malades exagèrent leurs douleurs et s'y complaisent, elles éprouvent un besoin irrésistible de se montrer indociles, prennent la contre-partie de ce qu'on leur dit et discutent avec ténacité, surtout avec le médecin; puis elles éprouvent une tendance insurmontable à montrer une résignation exagérée, elles retombent dans une perplexité d'où on ne peut les tirer ; elles demandent conseil à tout propos, recherchent tout ce qui peut être une cause de douleur, se complaisent dans leur anxiété, tout en cherchant une aide et un soutien ; elles s'isolent et adressent des reproches à tous ceux qui les entourent; ou

bien elles veulent faire avouer que leurs douleurs sont réelles et justifiées ; leur sensibilité est toujours froissée, elles finissent par détester le médecin, se plaignent qu'il ne fasse aucune attention à leur état, ourdissent des intrigues...

h) On observe chez elles une grande tendance aux obsessions (idées obscènes et blasphèmes) elles pensent aussi tout à coup à des accidents imaginaires (tels que la mort de leurs parents) et se plaisent à en parler et à verser des larmes.

Dans un groupe très intéressant de mélancolies hystériques, on voit se produire, en même temps que les idées obsédantes, des mouvements automatiques et subits; des mots sont prononcés tout à coup (souvent ce sont des murmures confus), la *conscience est, du reste, conservée.* Dans l'intervalle, la malade est déprimée, parce que cette obsession lui fait croire qu'elle est ensorcelée. Les accès sont précédés d'un aura, qui part d'un point quelconque du corps, de l'abdomen le plus souvent; c'est d'abord une sensation de gonflement, de distension par des gaz; puis, « cela monte dans la tête »; bientôt ce sont des vociférations, des gestes désordonnés, des cris d'animaux ; la malade aboie et cherche à mordre ; elle crie souvent qu'elle est enragée. On voit quelquefois encore exorciser de telles malades. Dans une observation intéressante, un contact obscène (chez une femme arrivée à la ménopause) avait déterminé des remords très intenses, puis une mélancolie hystérique, dont le noyau psychique était une *hallucination du souvenir*, de nature génitale, sous la forme d'un attouchement obscène constamment ressenti.

Manie hystérique. — Certaines formes cliniques de ce groupe présentent le type du délire systématisé aigu maniaque et même furieux. Dans quelques cas, les accès sont périodiques; c'est alors une manie cataméniale; ou encore, irrégulièrement périodiques, ils sont les équivalents des attaques convulsives d'hystérie (Érotomanie aiguë, avec impulsions destructives, fuite d'idées, modifications variables de l'état de la conscience, humeur très capricieuse, etc.). — Un second groupe est formé par des manies typiques, mais qui présentent certains caractères particuliers.

Ces caractères sont les suivants :

a) Le désordre des actes n'est pas aussi marqué que dans la manie typique, et la fuite des idées est le symptôme prédominant (bavardage intarissable, vociférations, etc.).

b) La fuite des idées ne repose pas sur des associations plus ou moins logiques, ou sur des assonances, mais c'est une série d'idées qui se succèdent brusquement et sans lien, de mots incohérents dont quelques-uns reviennent constamment comme une obsession. On observe souvent un besoin de questionner qui s'exerce pendant des heures, la malade se livrant à un monologue ou répondant à ses hallucinations.

c) Les hallucinations sont plus nombreuses que dans la manie typique ; mais elles ne sont pas aussi prédominantes, ni aussi impérieuses que dans

le délire systématisé maniaque. Elles ne sont pas non plus d'une nature constante; d'ordinaire elles sont mixtes, les unes gaies, les autres tristes; les malades prononcent tout à coup des paroles sans suite et dénuées de sens.

d) Les dispositions d'humeur sont très changeantes, passent d'un extrême à l'autre, mais on constate une tendance constante aux caprices et aux disputes.

e) La conscience passe par des phases très variables, comme dans le délire systématisé maniaque ; à la lucidité succèdent des états d'obnubilation et des hallucinations.

f) Les actes volontaires et involontaires se combinent (les malades détruisent, brisent, se passionnent tout à coup, ont des idées puériles, exécutent des mouvements automatiques, se livrent à des manèges de coquetteries comme des comédiennes, etc.).

g) Sensation de boule; pica; — congestions vaso-motrices.

Ces formes se prolongent d'habitude pendant plusieurs mois ; l'affection passe d'abord par un stade caractérisé par l'exagération du tempérament hystérique, par de l'excitation et par les symptômes cliniques de la *manie raisonnante;* il existe une exaltation maniaque générale, le Moi restant conservé; c'est une course impulsive des pensées qui sont encore coordonnées logiquement, mais qui se confondent si l'on arrête la malade, si on la contredit, par exemple; les raisonnements semblent brillants, mais ils n'ont aucune solidité, ne prennent qu'un côté des questions, sont inexacts, et se modifient brusquement suivant les dispositions variables de l'humeur; mais la malade veut toujours avoir raison (ses raisonnements ne sont pas raisonnables, elle est intelligente et bornée tout à la fois); la conscience paraît lucide, mais en réalité elle ne l'est jamais complètement; l'humeur est capricieuse et très variable ; cependant la gaieté est plus fréquente que la tristesse; les malades tantôt sont égoïstes et prétentieuses, tantôt elles font montre de sentiments de bienveillance ; parfois elles sont obsédantes, importunes, en même temps qu'elles sont d'une sensibilité et d'une irritabilité morales extrêmes, qui s'exagèrent surtout lorsqu'on fait allusion à leur maladie (au fond, elles ont un sentiment vague de leur état). Elles sont toujours occupées, sans but précis, et sans arriver à se satisfaire elles-mêmes. On ne constate pas de trait caractéristique de folie morale (ce qui distingue cet état de la variété dégénérative de la folie raisonnante ; voyez plus loin : *Folie morale*). La marche est longue; le même état persiste, ou bien la guérison survient, soit directement (retour à l'état hystérique antérieur) soit après un stade de mélancolie simple. Les récidives sont fréquentes; il existe alors une aggravation évidente, et la durée est plus longue.

Délire systématisé hystérique. — Aucune des formes de folie hystérique que nous venons d'étudier n'est aussi intimement unie au tempérament hystérique que la paranoia; on peut la considérer en partie comme le développement naturel et complet de la folie hystérique.

1er Type. — C'est un délire systématisé originel (voy. ce mot), qui pro-

vient directement de la constitution hystérique dont il n'est que l'exagération.

2e Type. — C'est le délire systématisé hypochondriaque (voir ce mot); lui aussi n'est autre chose que le développement du tempérament hystérique. Il est surtout caractérisé par les interprétations de sensations pathologiques (les viscères sont rétractés, disloqués; ils n'existent plus, ils disparaissent, etc.). On voit souvent se produire de l'exaltation, ou, au contraire, une dépression profonde. Les illusions réflexes de ces hystériques hypochondriaques sont fort intéressantes. Les malades se sentent la tête vide et elles prétendent que les personnes qui les entourent sont des faibles d'esprit; si elles éprouvent dans le dos des sensations anormales, ces personnes sont bossues et contrefaites.

3e Type. — Cet état est chronique ; il consiste dans l'exagération de la disposition capricieuse des hystériques ; les malades recherchent les démonstrations baroques, mais elles font preuve d'un égoïsme toujours plus profond ; elles font pendant, en quelque sorte, aux hypochondriaques invétérés (hommes). Elles sont le tourment perpétuel de leur famille ; elles éprouvent les sensations les plus subtiles ; elles sont insociables, pleines de prétentions, se plaignent sans cesse, et sont capricieuses à l'excès. Elles rendent impossible la vie en commun, finissent par s'isoler, et se complaisent alors dans des imaginations et des actes bizarres (toilettes ridicules, etc.). — Souvent elles conservent pendant longtemps une intelligence lucide.

4e Type. — C'est un délire des persécutions vague, mobile et mal systématisé ; on y constate ordinairement des tendances érotiques, et toujours un état moral capricieux, une série d'idées soudaines et d'impulsions qui représentent toute la vie intellectuelle. Les hallucinations sont fréquentes. La symptomatologie est, d'une façon générale, celle de la moria ; l'humeur est très variable, passe d'un extrême à l'autre ; il existe une grande irritabilité, et des réactions d'une violence aveugle, de l'affaiblissement moral, etc... Des accès maniaques éclatent par moments (souvent ils sont périodiques et coïncident avec les règles) ; dans l'intervalle, on voit se produire des phases de lucidité intellectuelle avec un état moral redevenu normal. La marche, lorsque la maladie est chronique, se compose d'une série d'épisodes très variables, se succédant sans transition appréciable ; pendant les phases érotiques, il existe une impulsion véritable à l'onanisme. La guérison est possible, mais les récidives sont à craindre. Dans les cas défavorables, l'affaiblissement psychique s'accentue, le type pathologique restant conservé.

Le 5e type est formé d'états de délire systématisé aigus et « abortifs », qui revêtent la forme d'*idées soudaines* et *obsédantes*. Les accès coïncident parfois avec les règles, mais peuvent aussi se produire en dehors de la période menstruelle (voy. *Délire systématisé aigu, type I*). Mais ce 5e type peut aussi consister en un état vésanique *prolongé*, accompagné d'impulsions, d'idées et de sensations obsédantes revenant par accès, ou encore d'hallucinations impérieuses (bien que la conscience reste lucide); puis on observe des états réactionnels de manie, de mélancolie et de démence stu-

pide. Le début est marqué par un délire de jalousie alternant avec des périodes d'érotisme; puis surviennent des accès transitoires de fureur dirigés contre le mari (qui est frappé, mordu, injurié); ou bien la malade détruit les objets qui l'entourent, sa conscience demeurant d'ailleurs lucide. Avec les raptus impulsifs (au moment des règles) alternent des phases de remords excessifs; les convulsions psycho-motrices et psychiques prennent une extension toujours plus grande (la malade grimace, saute sur les meubles, etc..). Ces malades affectent de se faire du mal pour attirer l'attention, s'enfoncent des épingles dans le visage, etc...; brusquement, elles reprennent possession d'elles-mêmes, lorsqu'on leur parle sévèrement, ou si une personne dont elles respectent l'autorité entre dans leur chambre. Pendant les périodes de dépression, elles restent au lit sans se soucier de leur famille ni d'elles-mêmes; d'autres fois elles s'adressent des reproches cent fois répétés, s'accusant d'avoir été négligentes, d'avoir gâché leur vie; elles font souvent aussi preuve d'une avarice extrême. Pendant les périodes d'exaltation, elles montrent une haute opinion d'elles-mêmes, sont sentimentales et éprouvent un besoin insurmontable d'entreprendre toutes sortes d'ouvrages (elles font des vers, composent, font des achats exagérés, etc.); puis, tout à coup une attaque convulsive éclate. Ces malades ne peuvent pas modérer tous leurs mauvais sentiments, et se rendent cependant compte des tourments qu'elles infligent à leur entourage; par moments, elles reconnaissent qu'elles ne savaient plus ce qu'elles faisaient. Après des crises violentes, il peut même exister un obscurcissement passager de la conscience (erreurs de personnalité). Cet état peut s'améliorer (en même temps que l'affection utérine?); les attaques deviennent plus rares, ou cessent tout à fait; et l'alternance des périodes d'exaltation et de dépression est beaucoup moins marquée. Cette amélioration constitue un retour au tempérament hystérique. Dans les cas défavorables, les idées obsédantes deviennent un délire fixe, avec accès réactionnels passagers; on a toujours à craindre des raptus impulsifs; l'émoussement de la sensibilité morale s'accentue; les sentiments de famille s'éteignent; l'égoïsme devient excessif; les malades n'ont plus de soins de propreté, n'ont plus aucun souci des convenances. L'affaiblissement psychique s'étend à toutes les facultés, et en même temps il arrive très souvent que les malades prennent de l'embonpoint; parfois elles s'intéressent encore un peu à ce qu'elles aimaient autrefois; quelquefois aussi elles montrent un certain goût pour les intrigues et pour la discussion; elles cherchent à justifier tous leurs actes (caractère dégénératif de l'hystérie).

Le 6e TYPE présente les symptômes du délire systématisé catatonique, avec la forme démonomaniaque ou la forme de la stupeur hallucinatoire. — Le début se fait de trois façons différentes : 1° il est progressif, et succède à un état hystérique longtemps prolongé et accompagné d'anémie profonde (dans deux de mes observations, les inquiétudes provoquées par une affection utérine ont joué un rôle important; et, détail curieux, les troubles psychiques aigus se manifestèrent au moment où l'on commença à traiter l'affection utérine). Une dépression vague, avec indifférence et apathie, ouvre la scène; cet état est interrompu, par moments, par des im-

pulsions ou des idées obsédantes étranges; 2° le début est précédé par une période hypochondriaque avec attaques convulsives d'hystérie; la conscience reste lucide, avec trouble de la cénesthésie et hallucinations réflexes (la malade, en se regardant dans un miroir, croit voir sa tête renversée, son nez déplacé, etc...); après un stade intermédiaire de courte durée, pendant lequel la malade est distraite et perplexe, elle passe dans la stupeur; 3° enfin, la psychose se développe après des prodromes caractérisés par de la confusion hallucinatoire, des craintes d'empoisonnement, des refus d'aliments, et une résistance vive opposée à toute approche; la stupeur survient immédiatement après.

Les cas de délire systématisé catatonique de nature nettement hystérique semblent être caractérisés par ce fait que les stades précédant et suivant la phase de stupeur sont composés d'une série d'états cliniques infiniment variables et se transformant brusquement : ainsi les discussions sans fin, les scrupules et la dépression alternent avec des phases hallucinatoires, celles-ci avec des périodes d'obsessions et d'interprétations délirantes, ces dernières périodes avec des conceptions délirantes suivies; puis arrive un épisode mélancolique dans lequel on remarque surtout de l'aboulie, des comparaisons sentimentales et de nature à provoquer la tristesse (les malades sont coupables, sont des créatures infimes, tandis que les personnes qui les entourent sont des modèles de vertu). Des phases lucides viennent ensuite, pendant lesquelles ces malades se fatiguent à raconter toutes sortes de détails sur leur affection. Ces différents états se succèdent, jusqu'à ce qu'enfin on arrive au refus d'aliments, au mutisme, et au *status attonitus*. La stupeur elle-même s'accompagne souvent de phénomènes convulsifs intenses : convulsions cloniques et toniques, parfois opisthotonos; on observe aussi des congestions céphaliques très marquées, avec fréquence exagérée du pouls et quelquefois avec élévation de la température.

Si la stupeur, entretenue par des hallucinations très intenses (sensations électriques, courants magnétiques) arrive à se dissiper, on voit pendant longtemps subsister un affaiblissement psychique avec impulsions, mouvements automatiques durant des heures, erreurs de personnalité, perplexité et impuissance absolue : la (ou le) malade obéit passivement à des perceptions quelconques (illusions); souvent elle reste immobile dans des positions étranges. Le tableau clinique varie d'heure en heure; tantôt c'est un mutisme complet, des gestes vagues, interrompus dès qu'ils sont commencés; tantôt il existe une certaine lucidité; tantôt on observe des actes impulsifs et des dispositions morales qui changent de minute en minute : on peut véritablement comparer la malade à une marionnette. Elle montre successivement une colère brusque, une bienveillance sentimentale; puis ce sont des périodes de rêve, de gaieté folâtre (moria), qui se succèdent continuellement. Parfois aussi le sentiment de la personnalité disparaît; la malade est morte, parle d'elle-même à la troisième personne; puis elle redevient plus naturelle, mais elle est toujours prête à rire de nouveau d'une façon niaise, à retomber dans un délire confus. Les hallucinations restent intenses pendant tout ce temps. La guérison est souvent brusquement atteinte; d'ailleurs elle est toujours annoncée par le relèvement de la nu-

trition. (« Il semble qu'on ait retiré un bandeau qui couvrait mes yeux. ») La convalescence est presque toujours troublée par les exagérations momentanées du caractère hystérique. Il faut redouter des récidives avec aggravation de la maladie. — Dans les cas *défavorables* (voy. aussi p. 181, *Délire systématisé catatonique*), on observe :

a) Un état chronique de stupidité, interrompu par des paroxysmes d'angoisse confuse et des impulsions, et qui passe à la démence apathique (la malade engraisse considérablement, son visage est luisant);

b) Un délire systématisé expansif chronique, succédant à un stade de démence, qui est elle-même consécutive à la stupeur, et accompagnée de perplexité extrême et de résistance continuelle. Les actes volontaires sont saccadés ; l'impulsion motrice volontaire s'arrête tout à coup dès que l'on veut aider la malade, ou bien le bras s'élève brusquement pour saisir un objet et manque souvent le but. De même, lorsque les malades sortent de leur mutisme, qui a duré des mois, elles ont de la difficulté pour parler, elles hésitent, sont embarrassées, prononcent rapidement quelques paroles. puis s'arrêtent de nouveau ; bientôt on est surpris de leur entendre prononcer un mot spirituel et juste. En somme, elles présentent toujours des idées soudaines et des dispositions morales changeantes et capricieuses ; inoffensives et satisfaites en apparence, elles peuvent, tout à coup, chercher à se faire du mal. Mais, malgré cette conduite si contradictoire, et bien que les malades semblent absolument passives, et passent de l'indifférence à la colère, pour redevenir ensuite aimables et dociles, la personnalité ancienne se reconstitue peu à peu (les malades reprennent des occupations artistiques, font de la musique, etc...) C'est alors que le *délire ambitieux* fait son apparition : la malade est la fille d'un prince, elle est noble, etc... Plus tard, ces phénomènes peuvent s'atténuer, et une guérison incomplète, avec lacunes, se produit. Le délire peut aussi rester actif, et, à l'excitation et aux querelles, succède un affaiblissement psychique toujours plus marqué.

Le TYPE 7, enfin, comprend les états hystériques incurables, avec symptômes de dégénérescence.

On peut distinguer deux variétés, dont l'une *a)* est un délire systématisé dégénératif ; et la seconde *b)* est une démence hystérique primitive.

VARIÉTÉ *a)*. — *Délire systématisé hystérique dégénératif chronique.*

Il existe presque toujours une tare héréditaire ; dès la jeunesse, on remarque des symptômes hystériques psychiques, par exemple des idées obsédantes et des raptus mélancoliques. Le sens génital est éveillé de bonne heure, et la masturbation est fréquente ainsi que la perversion sexuelle. Certaines facultés sont souvent très développées. La maladie peut s'établir *brusquement*, après des émotions violentes : excitation, insomnie, exaltation, sous la forme de manie douce : attaques convulsives par intervalles ; hallucinations précoces déterminant des idées de persécution ; plus tard, phases maniaques et phases dépressives (avec lucidité) se succédant brusquement. Ou bien développement *progressif* et *lent* du caractère hystérique ; tendance impulsive toujours plus marquée pour les décisions, les idées, les actes ; ces malades aiment et recherchent les contrastes,

obéissent aveuglément à leurs sympathies et à leurs antipathies momentanées, qui changent et reviennent périodiquement; de même, elles modifient brusquement leur toilette, le choix de leur entourage, leurs affections. Tendance très marquée à la *périodicité*, les stades d'acmé constituant les crises; dans l'intervalle, du moins au début, lucidité relative. Pendant les crises, tourbillon d'idées obsédantes et d'impulsions : idées de persécution et de grandeur (les premières sont plus fréquentes); hallucinations et illusions, hyperactivité de la mémoire, sympathies et antipathies instables : tout cela domine impérieusement les malades. Suivant la nature des idées délirantes, on voit se produire des réactions de fureur plus ou moins violentes (les malades détruisent tout ce qu'elles peuvent atteindre, crient pendant des heures entières, frappent ou injurient leur entourage, écrivent des lettres interminables). Les idées se pressent en désordre, au point de produire une confusion intellectuelle aiguë, parfois même de détruire le sentiment de la personnalité; aussi, même dans leurs colères les plus violentes, elles éprouvent un besoin pathologique de vérification. Hors de ces périodes d'acmé, la conscience conserve une lucidité remarquable; la malade comprend le désordre de sa conduite et l'apprécie avec justesse; mais elle ne peut contenir ni ses impulsions destructives, ni ses injures: elle *doit* commettre ces actes condamnables et « parler comme un perroquet ». Il existe souvent des impulsions sexuelles (les malades se découvrent, se masturbent, ont des tendances perverses). Au point de vue somatique, on observe des congestions céphaliques, du refroidissement des extrémités, de l'insomnie. La forme et la durée des crises varient, même chez la même malade. Quelques-unes présentent une aboulie complète, sont somnolentes, malpropres, etc.; elles aiment à discuter, racontent à tout propos des faits anciens, cherchent continuellement à tout vérifier. Parfois tous ces phénomènes se produisent au moment des règles. Après la crise, survient une détente; alors les malades restent au lit; elles éprouvent des remords au sujet de leur conduite; d'autres fois, au contraire, elles jouissent d'un sentiment d'euphorie; c'est le beau temps après l'orage. Plus tard, les intervalles sont marqués par une dépression et par des symptômes morbides plus accentués; l'état pathologique est plus grave et continu, bien que, d'un autre côté, les crises puissent être moins intenses (voir plus loin *un autre type clinique, à forme cyclique*).

Variété *b*). — *Démence hystérique primitive avec dégénérescence.*

D'après l'âge des malades (ce sont de jeunes individus) et d'après les symptômes principaux, cette variété n'est qu'une modification de la démence aiguë ou de la démence précoce (voy. *Névrose héréditaire*). De même que la démence aiguë, elle peut présenter deux évolutions différentes; elle débute par de la stupeur hallucinatoire aiguë, ou bien le même état psychique persiste, il ne semble pas d'abord inquiétant, mais l'on constate bientôt une déchéance rapide et continue. L'affaiblissement psychique est une stupidité chronique avec obnubilation de la conscience et hallucinations, ou bien c'est une déchéance lucide, caractérisée par l'apathie morale et l'indifférence la plus surprenante, alors que l'intelligence est relativement épargnée, quelquefois même presque intacte. Ce qui trahit l'origine hysté-

rique, c'est la persistance du tempérament hystérique même dans la démence; la conscience passe par des phases variables de lucidité et d'obnubilation; on note une tendance aux idées obsédantes, des oscillations perpétuelles de l'humeur et une dégénérescence morale constante; les malades font preuve, au point de vue de la moralité et des rapports sociaux, d'une grossièreté toute particulière. Par moments, on voit se produire des tics hystériques et des convulsions, ou encore des accès passagers de fureur, qui en sont les équivalents. Ce qui est particulièrement remarquable, c'est la soudaineté de ces accidents psychiques; après la première attaque convulsive, la démence est déjà constituée : les malades ont tout oublié, leurs relations, leur profession, leur dignité; par instants, elles se livrent encore à un semblant d'occupation : elles vont à droite et à gauche, sans plan arrêté, et souvent en riant aux éclats; à d'autres moments, elles restent assises et silencieuses, gardent les yeux fixés à terre; leurs traits sont flasques et relâchés; il faut les soigner comme des enfants. On voit aussi se produire les impulsions les plus contradictoires : elles frappent, mordent les personnes qui les soignent, puis les embrassent; elles n'ont aucun souci des convenances les plus élémentaires; elles chantent, jouent du piano, mais en répétant sans cesse certaines phrases musicales dont elles ont gardé le souvenir. Les scènes de colère, de tendresse, de violence, alternent avec l'immobilité et l'aboulie, par transitions brusques et non motivées; puis les malades cherchent stupidement à se faire du mal; elles avalent tout ce qui leur tombe sous la main. Au milieu des phrases fragmentaires qu'elles murmurent, on démêle souvent des tendances érotiques. A certains moments, elles conversent à voix basse ou à haute voix avec leurs hallucinations; elles ne peuvent plus s'arracher aux illusions, aux impulsions qui les assiègent. Leurs souvenirs anciens sont effacés; elles ne sont pas capables de s'occuper, ne s'intéressent plus à ce qu'elles aimaient autrefois. Au milieu de cette apathie et de cette confusion psychique, on les voit, par moments, rire stupidement, faire des gestes incompréhensibles ou des mouvements automatiques de la tête, du tronc, des extrémités, pousser des cris inintelligibles, murmurer des phrases confuses, tout en se livrant à une pantomime théâtrale. A la fin de chaque période menstruelle, on observe un certain relèvement intellectuel, mais cette influence disparaît peu à peu. Il faut pousser les malades à se nourrir et à prendre des soins de propreté; la démence apathique reste stationnaire, à part certains accès impulsifs (les malades crient, se frappent).

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement des psychoses hystériques doit être dirigé comme celui de l'hystérie; je renvoie donc aux ouvrages spéciaux sur l'hystérie; je mentionnerai sommairement les points principaux; il faut aussi se reporter au traitement de la mélancolie, de la manie, etc., qui doit être appliqué ici, mais avec une indication de plus, par suite de l'existence de la névrose constitutionnelle.

A. **Traitement somatique.** — Il faut d'abord rechercher la cause

individuelle de la névrose; cette cause n'est pas simple, mais toujours complexe: 1° il s'agit d'altérations du sang et de troubles de la nutrition; 2° il existe des troubles nerveux, plus ou moins intenses, du côté des organes génitaux; 3° on trouve de la neurasthénie spinale ou cérébro-spinale, héréditaire ou acquise. Suivant l'influence de ces trois facteurs, qui se combinent différemment, les indications thérapeutiques varient; mais il faut toujours tenir compte des trois causes, et les traiter simultanément ou successivement, suivant les cas.

La *chlorose* et l'*anémie* doivent être soignées d'après les règles de la médecine interne; mais le traitement doit être suivi longtemps et scrupuleusement pour qu'un résultat favorable soit obtenu; il est indispensable de bien choisir les préparations de fer, d'après les idiosyncrasies particulières. Il faut aussi tenir grand compte de la digestion et de la menstruation. Instituer un régime fortifiant. Dans certains cas, et surtout dans les dyspepsies nerveuses, il faut recourir au traitement de Playfair-Mitchell (Jolly), en modifiant plus ou moins ce régime alimentaire. Dans les mélancolies hystériques torpides, le massage et la faradisation générale rendent aussi de grands services (voy. plus loin). Si l'on a à combattre des hyperesthésies spinales, la galvanisation est surtout utile. L'application de courants continus sur le crâne doit être prudente (nous avons vu cette application déterminer, dans un cas, des hallucinations durables de l'ouïe). Un régime hydrothérapique non rigoureux fortifie à la fois l'esprit et le corps, lorsqu'il existe une atonie générale et un malaise psychique intense. Chez les femmes, surveiller soigneusement la menstruation, surtout si les pertes sont abondantes. Il faut se rappeler d'ailleurs que la chlorose, chez les hystériques, est souvent d'origine nerveuse.

Très souvent, dans les psychoses hystériques (quelle que soit leur forme, mais surtout dans le délire systématisé hystérique) il existe une *névrose génitale*, dont le point de départ est une *affection des organes sexuels*, affection contre laquelle un traitement spécial doit être institué.

Il n'est pas toujours facile de savoir quand ce traitement est indiqué; car l'examen gynécologique, qui lèverait tous les doutes, ne peut être pratiqué que lorsqu'il existe déjà des indications très nettes; de plus, il faut acquérir la confiance de la malade, et celle-ci doit être consentante. Il ne faut pas imposer cet examen, ni recourir au chloroforme (à moins de nécessité absolue); il faut patienter jusqu'à ce que les malades acceptent l'idée de cette exploration, et craindre qu'elles ne soient disposées à l'interpréter plus tard dans un sens lascif (surtout dans la folie morale hystérique); dans ce dernier cas, si l'examen est indispensable, il faut que le médecin ait auprès de lui une infirmière, c'est-à-dire un témoin. Ce sont les symptômes somatiques et psychiques qui règlent l'indication, et d'abord tous les

symptômes gynécologiques : métrorrhagies, écoulement purulent ou sanguinolent, douleurs utérines et abdominales, qui indiquent une affection locale, hyperesthésies vaginales, etc. Les symptômes psychiques sont : les idées érotiques (souvent de nature démonomaniaque), les idées délirantes de grossesse, les idées de persécution de nature sexuelle ; mais ils ne donnent que des probabilités, non une certitude : c'est par une observation prolongée qu'on se rendra compte exactement du lien qui unit les lésions utérines et les idées délirantes, et qu'on verra si l'examen local est réellement nécessaire. Ainsi s'explique ce mot bien connu de *Griesinger :* « L'examen au spéculum fait comprendre plus d'un cas d'hystérie ». Les lésions les plus fréquentes sont les métrites hypertrophiques avec ulcérations du col, les endométrites, les déviations de l'utérus avec ou sans participation du col, etc. Ces affections doivent être traitées comme de coutume : ce traitement améliore la névrose spinale, la menstruation devient plus régulière, la digestion et l'état moral s'améliorent rapidement. En voyant disparaître peu à peu les idées délirantes d'ordre génital, on reconnaît l'action du traitement local sur la névrose. Dans certains cas, on peut même penser aux opérations gynécologiques, entre autres à l'ablation des ovaires, dont *Hégar* surtout a donné les indications ; mais ces opérations graves ne doivent pas être faites trop tard, c'est-à-dire quand l'affection nerveuse a déjà de profondes racines. Peut-être ces opérations gynécologiques permettent-elles de combattre efficacement les hyperesthésies et les paresthésies des nerfs honteux, troubles nerveux qui sont souvent si difficiles à calmer ; c'est là également le traitement rationnel de bien des psychoses hystériques. En effet, ces sensations entretiennent un onanisme effréné, des accès nymphomaniaques, et certaines formes de délire systématisé. Jusqu'ici nous n'avons, comme moyen d'action, que le traitement interne et local par le bromure de potassium, les suppositoires d'opium et bromure de camphre, et l'emploi local d'eau phéniquée à 1 ou 3 p. 100, le badigeonnage à 5 ou 10 p. 100 d'une solution de cocaïne, les cautérisations du clitoris, les lavements froids, les bains de siège ; tous ces moyens sont tantôt efficaces, tantôt passagèrement utiles, tantôt absolument impuissants.

Le traitement de la neurasthénie est connu ; il convient d'avoir surtout recours à l'électricité et à un régime hydrothérapique prudent (voy. plus haut).

B. **Traitement psychique.** — Il est, dans les grandes lignes, identique au traitement de la « faiblesse irritable » (voy. les chap. précédents), et doit être modifié selon les indications particulières. En résumé, le médecin doit avoir pour but de calmer l'irritabilité psychique, de réveiller le *sentiment du devoir*, et de fortifier la volonté, tant au point de vue de l'énergie active qu'à celui de l'action modératrice ; pour cela, il lui faut acquérir de l'autorité sur ses malades, en s'intéressant à elles et en compatissant à leurs souffrances. La malade doit pouvoir se confier à lui, non pas seulement pour la satisfaction du besoin

qu'elle a de se plaindre, mais parce que le médecin aura ainsi la possibilité de lui rendre le calme. Il se montrera donc un auditeur patient; mais, dans certains cas, il devra ne pas attacher trop d'importance aux plaintes des malades, ou bien il devra y répondre brièvement par des paroles consolantes ou encourageantes; jamais il ne laissera échapper l'expression d'un doute, ou surtout une plaisanterie déplacée. Si la malade s'abandonne à des plaintes exagérées, une exhortation faite sérieusement (au besoin, le médecin lui défendra de se plaindre) sera nécessaire. Le travail amènera une réaction utile, soit un travail mécanique, tel que le jardinage ou les soins du ménage, soit un travail intellectuel, tel que des lectures sérieuses, exerçant l'attention et le jugement, mais ne mettant pas en jeu l'imagination. L'emploi de la journée doit être réglé minutieusement par le médecin. Il convient de réprimer les caprices de ces malades par un traitement moral rigoureux et de combattre leurs idées multiples et changeantes en leur donnant une direction ferme et bien déterminée, sans affectation pédante.

Il faut agir avec autant de prudence et de tact que pour faire l'éducation d'un enfant capricieux et irritable; ces préceptes doivent être appliqués avec intelligence, car souvent les tentatives de direction provoquent ou exagèrent la résistance. Pour diriger les malades dans leur conduite (pour les faire lever, etc.), il faut ménager leur faiblesse irritable qui souvent peut déterminer des phénomènes d'arrêt psychique. Ainsi certaines hystériques, surtout celles qui sont profondément anémiées, sont encore plus incapables de faire quoi que ce soit si on les pousse trop vivement à agir; c'est en procédant indirectement, et en reconnaissant leur faiblesse, qu'on arrive à les rendre plus actives. Pour la méthode de traitement, et surtout au point de vue des médicaments, il faut se montrer très prudent et tenir le plus grand compte de l'impressionnabilité particulière à chaque malade (éviter qu'elles s'habituent à un régime particulier, surtout au besoin des narcotiques).

Dans la *mélancolie* hystérique (avec apathie), la faradisation générale et le massage rendent de très grands services, de même que les enveloppements dans des linges imbibés d'eau modérément froide, et les lotions froides. Contre les raptus aigus avec congestion céphalique qui succèdent fréquemment aux règles, il faut faire des applications continues de glace et recourir au réfrigérateur de Chapman (appliqué sur la région dorsale). Quand la psychose est complètement constituée et de forme grave, le séjour dans un asile est indispensable, en particulier dans les différentes formes de *délire systématisé*. Les *manies* qui durent de une à deux semaines, peuvent, si les conditions sont favorables, être traitées hors de l'asile et se terminer par la guérison; tandis que tous les cas, sans exception, de *moral*

insanity doivent être traités dans les asiles, et le plus tôt qu'il est possible. Les accidents hystéro-épileptiques légers peuvent être, dans les hôpitaux et même au domicile des malades, efficacement combattus par l'emploi prolongé du bromure de potassium; dans les formes graves, et surtout si le caractère hystérique est très accusé, le traitement moral ne peut être fait ailleurs que dans l'asile. Dans bien des cas graves de cette affection si opiniâtre, un traitement méthodique par la morphine (injections dès l'apparition des premiers prodromes), aidé d'un régime approprié, a pu amener une guérison durable.

FOLIE ÉPILEPTIQUE

Bibliographie. — Hoffmann, *Troubles psychiques et épilepsie*, 1859. — Falret, *État mental des épileptiques*, 1860. — Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, 1854. — Morel, *Gaz. hebd.*, 1881. — Russel Reynolds, *L'épilepsie*, 1865. — Samt, *Arch. f. Psych.*, 5 et 6. — Gnauck, *Ibid.*, 12. — Sommer, *Ibid.*, 11. — Fürstner, *Ibid.*, 13. — Sommer, *Ibid.*, 10 (lésions de la corne d'Ammon). — Thomsen et Oppenheim, *Ibid.*, 15 (troubles sensoriels). — Fischer, *Ibid.*, 15. — Pick, *Troubles de la conscience : Ibid. — Discussion sur l'épilepsie larvée* (*Ann. méd. psych.*), 1873. — Legrand du Saulle, *Étude médico-légale*, 1877. — Krafft-Ebing, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34. — Weiss, *Ibid.*, 35. — Witkowsky, *Ibid.*, 37. — Weiss, *Psych. Stud. aus Leidesdorf's Klin.*, 1877. — Sander, *Berl. klin. Woch.*, 1873. — Binswanger, *Ibid.*, 1878. (*Épilepsie vaso-motrice*). — Moeli, *Ibid.*, 1882. — Fischer, *Ibid.*, 1884. — Witkowsky, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 41, et *Neur. Centr.*, 1884 (adversaire de Fischer), et *Étude sur les états comateux dans l'épilepsie*. — Weiss, *Wiener Woch.*, 1876. — Leidesdorf, *Ibid.*, 1881. — Mendel, *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877. — Pick, *Folie épileptique* dans *Eulenburg's real Encycl.* — Witkowsky, *Naturf. Vers. in Baden*, 1879. — Greppin, *Thèse de Bâle*, 1884. — Echeverria, *Cons. cliniques sur la folie épileptique* (Congrès international de Paris, 1878, 1880). — Christian, *Ibid.* — Otto, *Arch. f. Psych.*, 5 (traitement par le bromure de potassium). — Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31 (brom. de pot.). — Wildermuth, *Berl. klin. Woch.*, 1880 (acide osmique). — **Soins à donner aux épileptiques et aux fous épileptiques** : Legrand du Saulle, *Ann. méd. psych.*, 1879. — Lunier, *Ibid.*, 1881. — Jolly, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 38, et *Arch. f. Psych.*, 13. — Pelman. *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 39. — Kind, *Ibid.*, 40. — Fischer, *Ibid.* — Rieger, *Ibid.*, 41 (épileptiques dangereux). — Du même, *Irrenfr.*, 1885 (établissements destinés aux épileptiques). — Wildermuth, *Zeitschr. f. d. Behandlung Blöds. und Epilepl. Jahrg.* IV et V. — Du même, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 10 (traitement à l'asile). — **Jeunes épileptiques :** Krelin, *Al. and Neurol.*, 1882.

Pour décrire la folie épileptique comme entité morbide ayant en propre un développement, une marche, et des symptômes particuliers, on se base sur les faits suivants :

1° Des accès brusques de folie suivent immédiatement les attaques convulsives, et se répètent plus ou moins régulièrement après chaque attaque, ou après une série d'attaques (c'est la folie post-épileptique typique).

2° Des accès de délire remplacent les accès convulsifs (dont ils sont les équivalents).

3° On peut voir aussi, mais cela est moins typique, l'accès délirant précéder l'attaque convulsive, c'est-à-dire s'intercaler entre plusieurs attaques; ou bien il est interrompu par ces attaques; ou encore l'accès convulsif met fin à l'accès délirant.

La fréquence et l'intensité des accès convulsifs n'est d'ailleurs pas en rapport avec celle des accès délirants.

4° Les épileptiques dont la névrose se complique de troubles psychiques ont plus tard un état moral et intellectuel spécial, et présentent des lacunes morales; cet état est habituel et se termine le plus souvent par la démence; on le désigne sous le nom de caractère épileptique (à rappro-

cher du tempérament hystérique). Ce caractère et la démence consécutive ont une physionomie à part, et plusieurs traits spéciaux.

La folie épileptique débute et se développe ordinairement de la façon suivante : à la névrose, qui existait dès l'enfance ou qui s'est produite à l'époque de la puberté, est venu s'ajouter progressivement le caractère épileptique (voy. plus loin); puis arrive, après un temps variable (plusieurs années), la folie, suivie elle-même de démence. Ce type de développement est souvent modifié, du reste :

a) Le caractère épileptique peut se révéler dès l'enfance par certaines manifestations, et plus tard apparaissent les accès convulsifs et la folie.

b) Il existe une imbécillité congénitale avec irritabilité épileptique, qui plus tard devient une épilepsie réelle avec ses troubles psychiques particuliers. Ces enfants sont fréquemment atteints, dans leurs premières années, de convulsions (souvent de méningite). Il est rare de trouver des épileptiques dont l'enfance ait été normale, exempte de troubles somatiques ou psychiques, et qui aient présenté seulement pendant leur jeunesse des attaques épileptiques et des perturbations psychiques (voy. plus loin).

Il faut encore mentionner un autre mode possible d'apparition : un accès délirant précède la première attaque convulsive. Nous ne pouvons admettre l'opinion de quelques auteurs, d'après lesquels certains états d'aliénation, analogues à la folie épileptique par leur début, leur marche et leurs symptômes, remplaceraient, à eux seuls, les attaques convulsives et que ces analogies suffiraient pour rattacher à l'épilepsie (épilepsie psychique); on peut, il est vrai, observer des accès de folie équivalents aux attaques convulsives, mais chez des individus qui présentent d'autres symptômes épileptiques, par exemple, le petit mal.

La folie épileptique aiguë typique se produit ordinairement chez des malades qui ont des accès convulsifs rares mais violents; tandis que chez les épileptiques dont les accès sont rudimentaires (qui existent seuls ou alternent avec des accès complets), les symptômes cliniques sont variables. Les convulsions, le caractère épileptique, la folie et la démence mettent un temps plus ou moins long à se manifester successivement, et leur mode d'apparition est variable aussi suivant les individus : tantôt la démence est complète au bout de quelques mois; tantôt des années s'écoulent avant qu'on puisse constater les premiers signes de l'affaiblissement intellectuel, et il faut bien des années encore pour que la démence véritable s'établisse. Souvent la mort survient brusquement au milieu d'une série d'accès (état de mal). Cette terminaison fatale peut se produire soudainement après plusieurs années de folie nettement caractérisée. Assez souvent, un intervalle

assez prolongé sépare la première attaque convulsive des premiers accès de folie. Les attaques disparaissent parfois complètement et d'elles-mêmes, pendant des mois et des années, ou bien elles deviennent très rares; puis elles reparaissent brusquement, avec une fréquence et une intensité extrêmes, et déterminent bientôt la mort; la folie avait persisté pendant toute la période où les attaques convulsives avaient cessé. Quand la démence fait des progrès, l'aspect spécial du tableau clinique s'efface, bien que les paroxysmes psychiques s'ajoutent, comme autrefois, à l'attaque convulsive; la folie épileptique se prolonge souvent ainsi, en présentant seulement des exacerbations légères au moment des attaques; puis ces exacerbations disparaissent, et l'on n'observe plus que de l'affaiblissement psychique, le caractère épileptique et un délire fragmentaire combinés ensemble. Il est intéressant de remarquer que ces déments épileptiques conservent assez longtemps le sentiment de leur affection.

Symptômes. — La folie post-épileptique nous présente le tableau clinique le plus simple. Nous en distinguerons deux types :

1° *La stupeur post-épileptique.* — Après une ou plusieurs attaques convulsives, on voit se produire immédiatement ou après un sommeil de courte durée, une stupeur plus ou moins profonde ; le malade reste muet, immobile ou chancelant, ou chuchote des paroles dénuées de sens; parfois il associe les mots par assonance; il ne répond pas aux questions, ou tourne vers celui qui l'interroge un regard vague et indécis; il fait quelques mouvements automatiques; il évite tout contact; ou tout à coup il s'abandonne à une violence aveugle. La stupeur disparaît progressivement d'habitude, mais elle peut céder brusquement après une attaque convulsive. Pendant le plein développement de cette stupeur ou immédiatement après, le malade peut manifester des idées délirantes variées, de nature terrifiante. Il ne se souvient pas de son délire, ce qui prouve le trouble profond de la conscience pendant la phase de stupeur. Il est rare que toute la phase de stupeur soit oubliée (cela ne s'observe que dans les accès aigus et de courte durée); ordinairement les malades se souviennent, vaguement du reste, de certains faits. Les actes de violence aveugle ne laissent ordinairement aucune trace dans la mémoire, tandis que l'épileptique se souvient de certains détails insignifiants. Souvent il a conscience et se souvient de certains faits pendant la phase de stupeur (dans des moments de lucidité apparente) : cela est remarquable et spécial; puis, quand la stupeur disparaît, ces souvenirs s'effacent sans retour. Comme le trouble de la conscience est très variable pendant la durée d'un accès de stupeur et aussi après chacun de ces accès, nous observerons les modifications les plus diverses de la mémoire.

En règle générale, le malade sait, quand il sort de la stupeur, qu'il lui est arrivé quelque chose. Il ressent un malaise général, il est fatigué, somnolent, n'a pas d'appétit, se plaint de maux de tête ou de vertiges; parfois il est pris de tremblement. La nécessité où il est de se renseigner sur le temps, sur l'endroit où il se trouve, lui montre qu'il vient de subir une crise pathologique; le retour de ces sensations et de cette désorientation psychique finit par lui faire comprendre qu'il est sujet à des crises, dont il ne conserve aucun souvenir, ou un souvenir sommaire.

La stupeur profonde dure ordinairement quelques heures ou quelques jours; si elle se prolonge, sous la forme d'une obnubilation intellectuelle, pendant des semaines et des mois (voy. plus loin), elle présente alors des oscillations plus ou moins marquées.

2° *Délire post-épileptique aigu, avec anxiété,* raisonnements et discussions sans fin, et excitation causée par les hallucinations (grand mal intellectuel de Falret).

Après une ou plusieurs attaques convulsives, le malade tombe, soit brusquement, soit après un malaise général de courte durée (souvent après un sommeil de quelques heures), dans une agitation anxieuse extrêmement intense. Il se précipite sur son entourage avec une rage aveugle, une fureur bestiale; il mord, frappe; il crache; il brise tout ce qu'il peut atteindre; il cherche à se faire du mal, se frappe la tête contre les murs; il crie, tempête; il se cache. Son visage est congestionné; les pupilles sont tantôt contractées, tantôt, et plus souvent, dilatées; les conjonctives sont très injectées, les yeux pleins de larmes, le regard est fixe; salivation abondante; battements carotidiens; accélération du pouls et battements irréguliers, tantôt forts, tantôt affaiblis; on ne constate pas ordinairement d'élévation de température. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, le malade retombe dans un sommeil qui se prolonge pendant plusieurs heures; à son réveil, il présente un état d'angoisse ou de stupeur passagère, puis il redevient ce qu'il était auparavant. A ce moment, il sent qu'il est malade, se plaint de céphalalgie, de grande fatigue, d'une soif ardente; puis il recommence lentement à s'alimenter, après avoir refusé les aliments pendant toute la période délirante. Il n'a qu'un souvenir tout à fait vague et incomplet de ce qui s'est passé; il se rappelle bien le sujet de son délire et ses hallucinations, mais il ne se souvient pas des faits qui se passaient alors, ne se rappelle pas pourquoi et comment on l'avait mis dans une chambre d'isolement, ni pendant combien de temps il y est resté. L'appréciation exacte des choses reparaît plus ou moins rapidement. — Comme dans la stupeur, le délire et les erreurs des sens sont de nature angoissante et terrifiante; les malades voient Dieu, des anges, des diables, des hommes bruns dont la taille grandit et diminue, des femmes vêtues

de robes blanches et portant des couronnes noires, des bêtes féroces, des flammes, des lueurs; puis tout à coup l'obscurité devient profonde. Ils croient être dans le ciel, dans l'enfer; ils voient tomber de la neige ou de la pluie, des fils passent devant leurs yeux, un brouillard leur cache les objets éloignés, etc. Ils entendent des chants, de la musique, des injures, des menaces; on frappe à leur porte ; ils entendent le tonnerre, des coups de feu, etc. Ils ressentent sur la peau des sensations pénibles de fourmillement, de frottement lent; parfois ces sensations ont aussi pour siège les muqueuses. — Il leur semble qu'ils sont balancés dans les airs. — Le goût et l'odorat donnent des sensations pénibles. Les idées délirantes sont surtout de nature religieuse. Un rétrécissement concentrique plus ou moins considérable du champ visuel accompagne ces états de folie post-épileptique (voy. plus loin).

Tandis que la stupeur, lorsqu'elle se répète, est d'intensité et de durée très variables, les accès répétés de délire post-épileptique aigu sont toujours semblables entre eux par la marche et par les symptômes.

Variétés. — Le délire et la stupeur ne se présentent pas toujours comme nous venons de le dire, et n'ont pas toujours la même netteté; ils peuvent être très modifiés dans leur mode d'apparition, leur marche et leur durée. Ainsi, dans la stupeur, on peut observer (*a*) différents troubles de la *parole:* 1° un mutisme absolu; 2° un chuchotement incompréhensible; 3° un bavardage confus et incohérent avec répétition des mêmes syllabes et des mêmes mots, et recherche des assonances; 4° du verbiage et des raisonnements sans fin; 5° une très grande difficulté à s'exprimer, avec transposition et suppression de certaines syllabes. — (*b*) Les mouvements *actifs* sont complètement nuls, ou lents et maladroits; ou bien ce ne sont plus que des mouvements involontaires et monotones. On observe souvent un tremblement léger, une démarche chancelante; parfois les malades marchent à reculons ou tournent en cercle, etc. (*c*) Les *actes impulsifs*, les *violences* soudaines sont fréquents et multiples; ces actes dangereux sont déterminés par le délire de nature terrifiante ou religieuse (le malade obéit à des ordres impérieux).

La *conscience* est toujours profondément troublée. L'amnésie consécutive ne permet pas de conclure à une inconscience absolue pendant l'accès (comme dans les accès convulsifs); le souvenir du délire, de même que les réactions réflexes, montre que la conscience n'est pas complètement obscurcie. L'état de la conscience est, du reste, très variable : quelquefois le malade oublie *certains* faits, pendant quelques heures ou quelques jours, ou même quelques semaines; d'autres fois la réflexion est possible à certains moments; la conscience n'est pas complètement anéantie, car certains malades peuvent accomplir des actes volontaires et qui ont un but. Nous ignorons du

reste ce qui comprime la conscience tout en permettant à la réflexion de s'exercer par moments, ce qui rend possible un souvenir; les malades eux-mêmes sont incapables de nous l'expliquer plus tard. Par exemple, certains malades prennent tout à coup la fuite, puis « se réveillent » dans un endroit qui leur est inconnu, et ne peuvent dire alors d'où ils viennent, ni pourquoi ils se sont enfuis. D'autres se déshabillent pendant la journée, se couchent, et, quelques heures après, ils sont très étonnés de se trouver dans leur lit. Les malades n'ont aucune idée de la durée de ces actes automatiques, qui durent parfois des jours et même des semaines; et ils ne peuvent apprécier cette durée que très difficilement, en se reportant à certains indices, à certains faits accessoires. D'abord ils sont tout à fait désorientés; peu à peu, ils s'aperçoivent qu'il existe une lacune dans leurs souvenirs; enfin, ils arrivent, à force de recherches et d'efforts, à combler cette lacune. Dans certains cas, ils ont aussi le souvenir de perceptions fausses, et les considèrent encore comme réelles quand la lucidité commence à revenir; après la terminaison de l'accès, ces illusions sont oubliées. Les actes de violence ne laissent très souvent aucun souvenir (voy. plus haut); pendant la folie épileptique, des meurtres, des tentatives de suicide, des attentats aux mœurs, etc., sont commis par les malades, qui plus tard les ont complètement oubliés.

Ces actes dangereux se produisent d'une façon caractéristique : ils sont instantanés, accomplis avec une violence aveugle et sauvage, et dirigés indifféremment contre les personnes ou les objets qui entourent les malades. Ceux-ci se mutilent eux-mêmes très fréquemment, ce qui fait croire que la douleur n'est pas perçue comme lorsque la conscience est normale.

On a distingué des formes différentes, d'après la marche, d'après les relations de la folie avec les attaques convulsives, et d'après les symptômes. Nous avons décrit d'abord la folie post-épileptique, c'est-à-dire l'accès délirant typique qui suit immédiatement l'accès convulsif, et qui est caractérisé par un trouble profond de la conscience, par des hallucinations et des idées terrifiantes, par une excitation intense avec des raisonnements sans fin; par un début soudain, une durée courte et un déclin rapide, et par différents symptômes somatiques. De même, la stupeur est une forme de la folie post-épileptique, et elle succède toujours aux attaques convulsives. D'ailleurs la forme dont nous avons parlé d'abord peut *remplacer* les accès convulsifs, dont elle est alors l'*équivalent*. Peut-elle précéder immédiatement les attaques convulsives? Cette question a été résolue de différentes façons, parce qu'on doit toujours songer que des attaques convulsives ont pu passer inaperçues. Le fait est

certain, en tout cas, pour la folie épileptique prolongée et qui récidive fréquemment.

Il fallait faire ressortir ces différents faits, car c'est sur eux que nous nous appuyons pour avoir des folies épileptiques une conception un peu différente de celle qui est généralement adoptée. Si typiques que soient ces symptômes délirants post-épileptiques, ils ne sont pas exclusivement post-épileptiques; leurs relations avec l'attaque convulsive sont très variables, sans que leur physionomie clinique soit modifiée. En d'autres termes, nous retrouvons le même syndrome après ou avant l'attaque, ou encore à la place de cette attaque convulsive. Nous distinguerons donc une folie pré-épileptique, post-épileptique, ou équivalente à l'attaque épileptique ; mais nous n'indiquons par ces désignations que des modifications de forme, et non pas des différences cliniques. De même, on ne peut pas attribuer une importance capitale à la nature du délire (terreur et angoisse, ou délire religieux avec exaltation), parce que cette nature du délire n'a aucune influence sur la marche des accès. Les différents groupes des folies épileptiques ne peuvent donc être classés que d'après la symptomatologie générale.

Nous distinguerons, au point de vue symptomatologique, les formes suivantes :

1° *Stupeur* (voy. plus haut):

a) Avec trouble profond de la conscience et amnésie consécutive; courte durée;

b) Avec trouble de la conscience consécutif (obnubilation), — souvenir partiel; — marche plus lente.

c) Forme intermédiaire entre *a*) et *b*), et entre ces formes d'une part et les autres formes de folie épileptique d'autre part (variétés cliniques, d'après les troubles de la parole et des mouvements. Voy. plus haut) :

2° *Délire hallucinatoire aigu* (voy. plus haut) avec illusions terrifiantes et angoissantes, accès de fureur et violences contre l'entourage, et avec trouble profond de la conscience. Il dure de quelques heures à trois jours et même quatorze jours. Le début et le déclin sont rapides; la marche est rémittente; des phases de lucidité apparente alternent avec des périodes de profonde hébétude. Les récidives sont fréquentes.

3° *État prolongé d'obnubilation*, durant des semaines ou des mois, pendant lequel la conscience est dans un trouble analogue au rêve; hallucinations et délire de nature terrifiante; grande irritabilité déterminant des actes de violence; rêves troublant le sommeil, et d'une grande intensité, dont l'action se continue jusque dans la journée, sous la forme d'hallucinations. Le déclin est très lent : l'affection ne laisse qu'un souvenir sommaire (ces états de stupidité peuvent être causés surtout par le bromure de potassium).

4° *Excitation maniaque*, ayant les caractères de la fureur et de la manie grave. Ces états se prolongent pendant des semaines, des mois, des années; trouble profond de la conscience; irritabilité extrême; tendance aux violences aveugles, dirigées contre soi-même ou contre les autres; délire angoissant et religieux; hallucinations et illusions de même nature. Il existe parfois des rémissions plus ou moins marquées et plus ou moins longues. Ces états d'excitation débutent brusquement, et conduisent souvent à la démence.

5° *Forme expansive*, avec trouble de la conscience analogue au rêve; hallucinations peu nombreuses, de nature religieuse ou angoissante; irritabilité puérile et affaiblissement psychique; cet état dure des semaines, des mois et des années, et se termine par la démence définitive.

6° *État d'angoisse* survenant brusquement, de caractère grave presque toujours; conscience troublée jusqu'au rêve; grande irritabilité; impulsions au suicide et aux actes violents, mais rarement suivis d'effet funeste; impulsion au vagabondage, etc. La durée est très courte, ne dépasse pas quelques jours.

8° *Absences momentanées*, ne durant que quelques minutes, et pendant lesquelles se produisent des actes qui ne sont motivés et volontaires qu'en apparence (actes automatiques); amnésie totale.

C'est ici qu'il faut placer ces courses impulsives, ces violences soudaines, ces tentatives de pédérastie et autres attentats sexuels, ces impulsions subites au suicide ou à l'homicide; de même, certains actes non dangereux, achats, vols, etc.

Il faut les rapprocher des actes impulsifs qui sont consécutifs à des excès alcooliques (voy. *Alcoolisme*), qui paraissent volontaires, mais qui sont oubliés ensuite. Il en est de même pour ces actes soudains de perversité sexuelle (action de découvrir ses parties génitales devant des enfants, ou accès de nymphomanie) commis par des individus à tare héréditaire, qui n'ont pas présenté d'attaques convulsives et qui n'en seront pas atteints plus tard (Anjel, *Arch. f. Psych.* 15, cite une observation *sans* tare héréditaire).

Outre ces formes caractéristiques de folie épileptique, il faut signaler :

8° Les formes *ordinaires* de mélancolie, de manie et de délire systématisé, qui gardent souvent leur physionomie typique, sans être modifiées en rien par l'épilepsie. Dans d'autres cas (dans le délire systématisé intercurrent), on retrouve des troubles de la conscience qui rappellent ceux de la folie épileptique.

Troubles somatiques. — *a*) Dans les accès de folie avec trouble profond de la conscience, on observe une *élévation de température*, mais il faut son-

vent la rattacher aux attaques convulsives. En même temps, il existe une accélération manifeste du pouls, dont les caractères ne présentent d'ailleurs rien d'anormal.

b) *Congestion* céphalique manifeste.

c) État des *pupilles :* pendant l'accès convulsif, il varie suivant les individus ; dans l'épilepsie grave, les pupilles se dilatent d'abord pendant les stades tétanique et clonique; puis le rétrécissement et la dilatation se succèdent rapidement; enfin la pupille reste dilatée au maximum, elle est insensible à la lumière ; peu à peu elle reprend ses dimensions normales, en même temps que la conscience redevient lucide. La dilatation persiste ordinairement lorsqu'un accès aigu de folie post-épileptique succède à l'attaque. Dans certains cas, les attaques ni l'accès aigu psychique ne produisent aucune modification pupillaire.

d) Du côté de la *vue*, d'après les dernières recherches de Thomsen et Oppenheim, on trouve de l'anesthésie sensorielle et un rétrécissement concentrique du champ visuel (ce dernier trouble ne paraît pas être constant); il existe aussi, mais non toujours, des troubles de la sensibilité cutanée; cette anesthésie est 1° *passagère :*

α) après un accès épileptique avec trouble profond de la conscience.

β) après une attaque convulsive suivie de dépression, avec irritabilité et lucidité de la conscience;

γ) après les accès délirants remplaçant les attaques, ou après les accès avortés. Cette anesthésie n'est jamais observée après les accès convulsifs purs.

2° Elle est *durable*, dans l'épilepsie ancienne et chez les épileptiques dont l'intelligence est déjà affaiblie (elle paraît manquer chez les jeunes épileptiques) ; elle semble n'avoir aucun rapport avec la forme des accès épileptiques.

e) Il existe en même temps des sensations céphaliques toutes particulières : (sensations de percement, de déchirure, tantôt dans la région occipitale, tantôt dans la région frontale; de bourdonnement, de bruissement, de fourmillement, de crépitement ; il semble que le cerveau ballotte dans le crâne, que des balles roulent et se déplacent dans la tête; vertiges).

f) La *menstruation* n'a pas de relation régulière avec les troubles moteurs ou la psychose consécutive à l'attaque : parfois, il y a coïncidence (folie menstruelle épileptique périodique) ; mais le plus souvent on ne découvre aucun rapport manifeste, et la période menstruelle s'accompagne seulement d'une irritabilité plus grande.

Le *caractère* et la *démence* épileptiques présentent beaucoup de particularités individuelles, les traits cliniques généraux restant conservés. Le caractère épileptique, d'ordinaire, est un état de dégénérescence psychique analogue au caractère hystérique, qui présente, outre les troubles intellectuels, et avant eux, un trouble moral particulier, une *moral insanity*.

L'*égoïsme* n'est jamais aussi marqué, dans aucune forme d'aliénation, que chez ces épileptiques; ils ne vivent que pour eux-mêmes, et

le reste du monde leur est indifférent; ils n'ont plus aucun sentiment de sociabilité. Rien ne peut les distraire de l'attention minutieuse qu'ils apportent à tous les actes de leur vie. Si on leur oppose un refus ou la moindre résistance, ils se croient aussitôt en présence d'un ennemi, dont ils cherchent à se débarrasser par tous les moyens. Ils ne se soucient pas des vœux de ceux qui les entourent, du moment que leurs propres désirs et leurs intérêts ne se trouvent pas lésés; leur personne est seule digne d'intérêt, les autres hommes n'ont pas droit à l'existence. Ils sont incapables de faire la moindre concession. A la moindre résistance, ils s'emportent, se livrent à des violences, profèrent des injures épouvantables, maltraitent qui leur déplaît, peuvent même commettre des meurtres. Par contre, les personnes qui ne les contrarient pas et font ce qu'ils veulent sont comblées de compliments excessifs. Dans l'un et l'autre cas, ils n'apprécient jamais exactement la valeur de leurs actes. Ils poursuivent encore leurs victimes de récriminations et d'injures, et maintiennent la justice de leur cause. Il arrive aussi que l'épileptique se croit méprisé et repoussé par le monde (et, à la vérité, on l'évite en effet); alors il devient toujours plus amer et méfiant. D'abord on voit se produire quelques idées vagues de persécution, et enfin des idées de persécution nettement arrêtées. Le malade se plaint d'être maltraité par son entourage, d'être volé, etc. Ces récriminations deviennent constantes, sont formulées à toute occasion; le malade pense toujours qu'il doit être mieux traité, et avec plus d'égards. Toutes les contrariétés qu'il peut subir lui inspirent des idées de suicide, et il peut accomplir une tentative de ce genre d'une manière impulsive, à la suite d'un accès de colère ou d'un malaise physique.

Une épileptique s'était pendue, mais la corde fut coupée à temps; lorsqu'elle reprit connaissance, elle expliqua sa tentative désespérée en disant qu'elle était constipée depuis plusieurs jours; l'administration d'un lavement lui rendit le calme, et elle reprit ensuite goût à l'existence. — Il suffit souvent d'une satisfaction légère (arrivée d'une lettre, cadeau tel qu'un cigare, une fleur, etc.), pour calmer le malade et le rendre sociable.

De même, toutes les *sensations corporelles* déterminent des actes brusques et impulsifs, et ces épileptiques deviennent tout à coup intraitables dès qu'ils éprouvent le moindre malaise anormal; aujourd'hui le malade se trouve bien portant, et fait des plans gigantesques; demain, il restera au lit parce qu'il aura éprouvé une douleur insignifiante; il exposera au médecin toutes ses sensations avec des détails infinis; à l'entendre, on croirait qu'il est en danger de mort; tous les malaises prennent à ses yeux une importance considérable, et il réclame toute l'attention des personnes qui l'entourent, et surtout celle du médecin.

L'épileptique n'a aucune conscience de sa maladie; on sait que de tels malades nient souvent leurs attaques convulsives et traitent de menteurs ceux qui leur en parlent; d'autres croient même n'être absolument pas malades et cherchent à faire admirer tous leurs actes. S'ils travaillent, ils déploient d'abord une ardeur exagérée, mais ils ne font rien avec suite, et leur occupation ne les satisfait pas; tantôt le travail les attire, parce qu'ils cherchent ainsi à acquérir une récompense ou des éloges, tantôt ils refusent de travailler, parce que l'occupation qu'on leur offre leur paraît trop inférieure et mal récompensée (les autres sont mieux payés de leurs efforts et cependant sont moins habiles). D'autres, au contraire, se montrent laborieux si on les laisse travailler tranquillement. Ce qui est particulier au caractère épileptique, c'est l'habitude de donner des éloges exagérés à leur famille et à eux-mêmes (ils ont des vertus qu'on ne saurait trop louer). Il est fréquent aussi de les voir se livrer à des pratiques religieuses excessives; ils ne parlent que de Dieu, de Jésus-Christ, de Marie; à l'église, ils se placent bien en vue, sans se soucier d'une attaque convulsive possible. Ce caractère impulsif se montre surtout dans les actes *sexuels;* les femmes épileptiques commettent les actions les plus incroyables, et accumulent les mensonges pour dissimuler leur conduite. L'onanisme est très fréquent, de même que les perversions et l'inversion du sens génital (voy. ce mot). On observe parfois aussi un dégoût marqué pour les rapports sexuels. Dans l'asile, les épileptiques cherchent à comploter contre ceux qui les soignent, mais ne savent pas s'unir dans ce but (ils diffèrent en cela des délirants systématiques). L'épileptique reste toujours isolé, il ne peut s'entendre avec personne et se contredit lui-même; il est le jouet des excitations et des impulsions du moment (il ressemble, par ce côté, à l'hystérique) et on ne peut pas plus prévoir sa conduite future que celle des hystériques. Il est mobile et inconstant; mais ses actes et sa conduite ne varient pas, en ce sens que l'épileptique est toujours en guerre avec son entourage et que sa vie est toujours un tissu de peines, de défiances, de querelles : suivant l'expression de Falret, l'épileptique est « difficile à vivre ».

D'autres malades ne présentent que quelques traits de cette dégérescence morale particulière, des traits pour ainsi dire rudimentaires. Un autre groupe, plus important, est exempt de cette dégénérescence, et, malgré l'affaiblissement intellectuel, on trouve chez ces derniers malades une certaine bienveillance; jamais ils ne s'excitent ni ne deviennent violents.

Dans la majorité des cas la *démence épileptique* se produit. Le type de cette démence est surtout net chez les malades dont l'intelligence était brillante et dont la déchéance psychique a été rapide. La con-

ception est pénible et lente, le souvenir des faits anciens est défectueux; les anciennes associations d'idées se dissolvent progressivement. Les jugements ne peuvent plus reposer que sur un nombre restreint d'idées acquises autrefois et sur des perceptions récentes mais superficielles. Les lois de la logique peuvent paraître conservées, mais les lacunes intellectuelles, l'absence de toute idée large et générale, font que les actes intellectuels sont de plus en plus faux et affaiblis; les anciennes règles de raisonnement sont désormais le seul appui de l'intelligence, parce qu'elles sont devenues, avec le temps, en quelque sorte automatiques. Ce qui est très caractéristique, c'est de voir comment, au début de cette démence, les malades s'efforcent de masquer les lacunes de leur mémoire et de leur intelligence, en décrivant avec des détails infinis les choses les plus simples. Cette particularité de la démence n'est pas aussi nette chez les individus peu intelligents et dont l'affection s'est développée avec lenteur. Les cas particuliers varient beaucoup suivant les individus, le genre et la marche de l'affection; ainsi, quand la marche est lente et prolongée, la conception est difficile par moments, il existe des lacunes à peine sensibles de la mémoire; certaines conceptions, certaines idées ont disparu ; c'est là tout ce qui indique la démence déjà commencée et dont les progrès continuent fatalement. — La pathogénie de cette démence est encore obscure; tantôt elle se développe avec une rapidité surprenante, tantôt elle ne s'établit jamais, malgré des accès fréquents de haut mal, se répétant pendant de longues années.

Pour l'**anatomie pathologique**, il faut se reporter aux généralités sur l'épilepsie (vol. XII, Ziemssen's Hdb.). L'atrophie, si souvent rencontrée, de l'une ou des deux cornes d'Ammon, ne doit pas être considérée comme une lésion caractéristique, mais comme une conséquence de l'atrophie générale du cerveau. Cependant, on ne s'explique pas encore pourquoi cette atrophie atteint de préférence et d'abord les cornes d'Ammon, et pourquoi elle frappe fréquemment une seule de ces cornes. On trouve constamment des lésions des méninges dans les psychoses épileptiques chroniques ; c'est un épaississement ou un gonflement transparent, qui porte surtout sur l'arachnoïde. La lésion est surtout marquée au voisinage des vaisseaux ; assez souvent, on remarque des traces de petites hémorrhagies, sous la forme de points jaunes isolés, et cela seulement sur la convexité des hémisphères. Au point de vue topographique, il faut remarquer (comparer la paralysie générale) que les lésions des méninges semblent siéger constamment sur la face convexe du lobe pariétal et frontal, principalement le long de la scissure de Sylvius (Wildermuth). Dans ces points, la substance corticale est amincie, et les sillons sont élargis (le microscope a montré, entre autres lésions, une dégénérescence kystique). Plus rarement, et seulement lorsque l'affection était très avancée, on trouve des altérations de

la dure-mère; on rencontre plus souvent des places où la boîte crânienne est amincie et transparente, places qui correspondent en même temps aux épaississements gélatiniformes de la pie-mère.

Les considérations les plus importantes, au point de vue *médico-légal*, sur la folie épileptique, sont étudiées dans les différents traités de médecine légale. Ici, nous signalerons brièvement deux faits intéressants : 1° les caractères généraux des actes épileptiques : l'acte est *irréfléchi*, souvent périodique, et *exécuté d'une manière impulsive*. Ces deux particularités caractérisent aussi la conduite de l'hystérique; mais, chez l'épileptique, on observe de plus une *violence impulsive* qui le pousse au vol, à l'assassinat, sans qu'il ait un but, sans qu'il comprenne les résultats de son action, et *un état d'inconscience* qui peut aller jusqu'à la suppression totale des perceptions. D'autre part, signalons que les actes peuvent être en apparence normaux, dans beaucoup de ces accès épileptiques psychiques, et être ensuite suivis d'une *amnésie* plus ou moins complète. Cette amnésie est le critérium le plus important au point de vue psychologique ; dans les cas particuliers, certaines modifications se produisent nécessairement (voy. plus haut).

Le **traitement** d'un accès de folie épileptique ne peut ordinairement se faire que dans l'asile ; pour les accès récents et aigus, il suffira d'un hôpital disposé spécialement à cet effet; les cas chroniques ou à récidives fréquentes doivent être soignés dans les asiles d'aliénés. Il faut d'abord empêcher le malade d'être nuisible à lui-même et aux autres. Lorsqu'il commet des actes anormaux et présente un trouble profond de la conscience, il est nécessaire de l'isoler. Il faut le surveiller constamment et le protéger, à cause des impulsions au suicide et aux mutilations, et des blessures qu'il peut se faire pendant les attaques convulsives. Si le paroxysme est passager, l'isolement n'est nécessaire que pendant un temps assez court. Si la marche est prolongée, l'excitation nécessite un isolement plus long et qu'on établit à nouveau suivant le besoin; souvent le séjour au dortoir suffit. Si le malade cherche à se blesser, il est très utile de le placer dans une cellule capitonnée.

Il est presque toujours impossible de combattre les congestions céphaliques intenses, tant que dure l'état aigu d'excitation. Comme ces états d'excitation sont en général passagers, ou qu'ils sont interrompus par une ou plusieurs attaques convulsives, il faut attendre un moment favorable pour recourir à des applications de glace sur la tête, à des révulsifs, aux saignées, aux bains tièdes (avec compresse froide). Si l'excitation est très intense ou si elle se prolonge et met la vie en danger, il faut employer les narcotiques; le moyen le plus rapide et le plus sûr est le chloral à la dose de 2 à 3 grammes, par la voie buccale ou anale. Les injections de morphine n'ont ordinairement aucun effet. Le bromure de potassium est trop lent à agir, et son action est trop incertaine pour qu'on puisse l'utiliser dans cette

situation dangereuse ; on trouvera souvent avantage à l'associer au chloral.

Le traitement de la folie épileptique est, du reste, le même que celui de l'épilepsie simple ; il faut tout d'abord s'efforcer de combattre les attaques convulsives (voy. *Épilepsie*, vol. XII).

Dans certains cas, la compression du point d'où part l'aura, la compression des carotides, ou la déglutition d'un peu d'eau salée ou de vin peut suspendre un accès menaçant.

Dans le traitement psychique, il faut se préoccuper surtout de l'irritabilité de l'épileptique ; aussi le séjour à l'asile est-il indispensable. Il faut surveiller tous les actes de l'existence, régler le travail intellectuel, instituer un régime alimentaire (diète végétale) ; proscrire, autant que possible, l'alcool et le tabac. Un travail physique modéré, au grand air, est un excellent moyen de traitement, mais il faut savoir faire alterner convenablement le repos et l'activité.

L'hydrothérapie est d'une incontestable utilité ; elle doit être dirigée d'après les cas individuels et il faut que ce traitement soit énergique et employé avec persévérance : lotions tempérées ; enveloppement dans le drap mouillé, suivi d'une douche froide sur la tête (10 à 15° R.) ; pendant l'été, bains de rivière. La douche doit être donnée avec prudence (douches en pluie), sa durée ne doit pas dépasser dix ou quinze secondes ; on doit la faire porter aussi sur les épaules, pour provoquer des inspirations profondes ; ensuite, frictionner vigoureusement tout le corps et particulièrement la tête ; dans ce but, les cheveux doivent être portés courts.

Comment expliquer cette influence heureuse, qui est bien nettement constatée ? Physiologiquement, on peut dire que, au moment de la douche, le sang reflue des parties périphériques vers l'encéphale ; puis, par suite des frictions énergiques, il est rappelé à la périphérie ; de plus, la circulation se trouve facilitée par les inspirations profondes.

Les *bromures* représentent toujours la médication spécifique ; ils tiennent donc le premier rang parmi les médicaments à employer. La dose quotidienne varie de 6, 8, à 12 et 15 grammes ; il faut toujours surveiller leur emploi et prévenir l'intoxication, le bromisme (voy. plus bas). Les doses élevées et l'emploi méthodique des bromures donnent, dans des cas graves, de nombreux succès et les rendent durables.

Les modifications produites sont les suivantes :

a) Après peu de temps, les attaques convulsives, ainsi que les troubles psychiques, cessent complètement ; le caractère épileptique et la démence consécutive rétrogradent ;

b) Les attaques convulsives disparaissent ou diminuent, tandis que la folie persiste, peu ou point modifiée ;

c) Les attaques et les troubles psychiques se montrent moins fréquents, mais éclatent brusquement et avec une intensité plus grande ;

d) Les attaques cessent complètement, mais la folie est plus intense et plus longue ;

e) La suppression des attaques et de la folie s'accompagne d'une apathie si profonde que l'emploi du bromure doit être suspendu, et alors l'état primitif se reproduit ;

f) L'apathie, arrivée à un certain degré, rétrograde d'elle-même, puis les attaques et la folie cessent, mais seulement pour un temps limité ;

g) Les attaques et la folie ne sont absolument pas modifiées par ce traitement, ou la modification est à peine sensible ;

h) On observe parfois de bons effets du bromure, même dans des cas invétérés et alors qu'il existait une lourde tare héréditaire (bien entendu, il ne s'agit pas ici des démences épileptiques survenues dès l'enfance).

On ne sait pas comment expliquer l'efficacité moindre des bromures de sodium et d'ammonium; mais nous savons qu'il est souvent utile de mélanger ces bromures au bromure de potassium, et qu'on évite ainsi les inconvénients de ce dernier sel.

Les différents individus ont une tolérance très variable pour les bromures et, en particulier, pour le bromure de potassium : certains malades peuvent prendre à haute dose les bromures pendant plusieurs années, sans en éprouver le moindre inconvénient ; d'autres présentent les troubles digestifs bien connus (alors on fera prendre le sel dissous dans de l'eau sucrée, puis on fera boire une tasse de lait); chez d'autres encore, les contractions cardiaques deviennent faibles et ralenties, il existe une fatigue psychique et corporelle, qui peut même mettre la vie en danger ; on peut observer encore des éruptions et des ulcérations, ou des troubles très marqués de la nutrition générale. Quand le bromisme est plus profond encore, on voit se produire des états d'excitation intellectuelle, de l'hébétude, des troubles moteurs (marche, langage) ; on constate des lacunes dans la mémoire et des hallucinations. Pour combattre ces accidents bromiques, il faut diminuer temporairement la dose journalière, associer les différents bromures; contre l'acné bromique, on donnera de la liqueur de Fowler. On doit éviter de supprimer brusquement l'usage du médicament, dans la crainte de provoquer un *état de mal.*

Si les bromures ne réussissent pas, on se trouvera bien de recourir à l'atropine. Dans certains cas, on peut combiner ces deux moyens, surtout dans les cas récents. Wildermuth a vu, après que le bromure était resté inefficace, un succès indiscutable être obtenu par l'administration de pilules d'osmiate de potasse (0,010 à 0,020 milligrammes par jour) ; le malade était moins irritable après ses attaques, et l'affaiblissement intellectuel était moindre. Dans un autre cas, au contraire, les attaques devinrent moins fréquentes, mais il se produisit de l'excitation psychique.

Très rarement, on a observé une guérison *spontanée* et durable de la folie épileptique (dans des cas récents, et où les attaques convulsives avaient été peu fréquentes). Une observation de Fischer est très intéressante : une psychose épileptique grave et ancienne se transforma, à la suite d'une fièvre typhoïde, en un délire systématisé hallucinatoire, tout à fait semblable au délire systématisé hystérique ; des attaques convulsives, de caractère réellement hystérique, se produisaient par intervalles ; puis on obtint une guérison complète et définitive.

Appendice. — Chez les *jeunes épileptiques*, on observe différentes particularités qui rendent nécessaire une description spéciale (1). Qu'ils soient devenus épileptiques avant la puberté ou au moment de la puberté, ils peuvent être atteints :

a) d'une psychose *chronique*, qui est une sorte de « caractère épileptique » ;

b) d'une folie *aiguë*, qui tantôt coexiste avec les attaques, les précédant, les suivant ou les remplaçant, tantôt se produit dans les intervalles qui les séparent, avant ou après le stade convulsif.

A. Psychose chronique des jeunes épileptiques. — D'après l'estimation de Wildermuth, il existe tout au plus 25 sur 100 de ces malades dont on puisse dire qu'ils sont sains psychiquement ; mais encore côtoient-ils tous la frontière de la folie. Cette proportion est due à ce que la névrose convulsive se produit relativement tard (après l'âge de cinq ans); si elle se montrait plus tôt, le danger serait plus grand encore, et l'idiotie plus à craindre.

Cette idiotie des jeunes épileptiques présente comme symptôme prédominant un affaiblissement psychique avec apathie. La marche des idées est remarquablement lente; on observe très souvent aussi certaines bizarreries ; les malades aiment à collectionner, ils prennent plaisir à exécuter certains mouvements, à regarder ce qui brille, à entendre ce qui est bruyant, etc. L'affection présente tous les degrés, depuis l'imbécillité légère, où l'épileptique est encore capable d'apprendre, jusqu'à l'idiotie absolue. Il n'y a pas de caractères particuliers pour cette dernière forme. Dans la première, au contraire, la *mémoire des faits anciens a presque entièrement disparu*, l'intelligence restant en partie épargnée; cette perte de la mémoire semble être un trouble fonctionnel isolé. Un fait caractéristique qui doit être opposé aux cas d'idiotie provoquée par d'autres causes, c'est que les idiots épileptiques ont un *sentiment souvent très net de leur maladie ;* ils ont conscience, non seulement de leurs attaques, mais aussi de leur état psychique (Voy. p. 245).

En général, c'est après une ou deux années que l'on peut dire si un trouble psychique viendra compliquer l'épilepsie déjà existante. Très

(1) Je dois surtout ces renseignements au Dr Wildermuth (Stetten).

souvent encore on voit une modification psychique précéder l'explosion des attaques épileptiques, surtout lorsque l'épilepsie succède à un traumatisme ou à des maladies infectieuses, parmi lesquelles il faut citer tout d'abord la scarlatine. Ces prodromes psychiques consistent en un affaiblissement intellectuel, en un état d'angoisse et d'agitation; ou encore c'est une brusquerie particulière des mouvements (qui rappelle parfois la chorée); dans d'autres cas, c'est une irritabilité très grande et une disposition à la fureur, qui peuvent pousser ces malades à toutes sortes de violences. Cette modification du caractère persiste plus ou moins longtemps, puis les attaques se produisent.

Bien plus souvent, cette modification psychique est secondaire et produite par l'épilepsie. La *fréquence* des accès pendant la jeunesse semble n'être pas sans influence sur le développement de la psychose chronique, à l'encontre de ce qui existe chez les adultes. Cette psychose, cette modification typique du caractère, se montre d'ordinaire à la puberté; elle frappe l'intelligence et altère les sentiments moraux; tantôt elle détermine un affaiblissement psychique progressif qui porte d'abord sur la mémoire (voy. plus haut) et qui se généralise plus tard; tantôt elle détermine une forme particulière de dégénérescence morale.

Les malades qui étaient jusqu'ici dociles deviennent raisonneurs, querelleurs et rebelles; peu à peu ils perdent tout sentiment affectif, puis sont brutaux et violents (ils maltraitent les animaux, et même leurs camarades, leurs frères). Il faut noter (et ceci caractérise la nature organique de cette modification psycho-pathologique) que ce changement du caractère se produit fatalement et de la même manière, que l'épileptique soit entouré des meilleurs soins par ses parents, qu'il soit soumis au traitement rationnel de l'asile, ou qu'il se trouve dans une situation précaire.

L'épileptique dépravé diffère de l'idiot à lacunes morales, par son *activité* plus grande, par la violence qui lui est propre, et surtout par l'intégrité relative de son intelligence. Le caractère épileptique s'observe de préférence dans les intelligences peu atteintes; suivant les cas individuels, on distingue une forme grave et une forme légère; la *première* est représentée par la destruction et la disparition définitive des sentiments altruistes, et par tous les degrés de la *moral insanity*. C'est dans cette forme que l'on trouve les épileptiques dangereux. La *deuxième forme* est la persistance de cet état moral méfiant et raisonneur; à côté d'antipathies pathologiques, les malades gardent une certaine bienveillance; plus tard, ils se croient observés, épiés, et en butte aux railleries des autres personnes; ils ne sont plus sociables, et deviennent souvent violents. Les discordes qu'ils suscitent, et leur incapacité pathologique pour toute occupation, leur font fuir le travail et mener une existence vagabonde; ce sont les « vagabonds épileptiques ». Il est intéressant de noter l'influence que peut exercer la situation sociale sur ces malades; s'ils appartiennent aux classes inférieures de la société, ils deviennent des vagabonds et des voleurs, et sont continuel-

lement aux prises avec la justice. S'ils appartiennent aux classes plus élevées, s'ils ont devant eux les bons exemples de leurs frères, la situation honorable de leurs parents, ils deviennent des fanfarons et des vantards (hébéphrénie); ils font les projets les plus insensés pour l'avenir, aiment à jouer le rôle des sages, à faire parade de leur science, à discuter à perte de vue sur la politique, et ils sont incapables d'apprendre une chose à fond; ces « grands hommes » présentent le contraste ridicule d'une ambition excessive avec une pauvreté réelle de l'intelligence. Les jeunes filles ont une tendance marquée à la sentimentalité; elles jouent les opprimées; elles supportent les injustices du monde en prenant le masque de l'innocence, mais très souvent elles sortent de leur rôle, et se laissent emporter à des récriminations et à de grossières injures. Un trait commun aux malades des deux sexes et qui s'observe dès la puberté, est la *ténacité importune* de ces jeunes épileptiques : ils répètent leurs plaintes continuelles, toujours les mêmes, sans tenir compte ni du temps, ni de l'endroit, ni de la personne à qui ils s'adressent; ou bien ce sont des histoires sans fin et dénuées de tout intérêt. C'est également à la puberté que se manifeste le besoin continuel de *démonstrations religieuses* (il est bien différent de la piété naïve de l'enfance).

Dans tous ces traits du caractère, il faut noter : 1° leur développement souvent extraordinairement rapide, 2° leurs rapports variables avec l'attaque épileptique, d'où des variétés très nombreuses.

Si l'on compare cette psycho-névrose chronique avec les différentes formes de l'épilepsie, on n'observe pas de différences marquées, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de variétés psychiques constantes; cependant il y a des nuances. Ainsi, (*a*) tous ces troubles intermédiaires aux attaques, et que nous venons de décrire, correspondent à l'épilepsie typique (attaques caractéristiques avec perte de connaissance, convulsions généralisées toniques et cloniques, petit mal, étiologie presque toujours obscure); (*b*) l'affaiblissement intellectuel de moyenne intensité, ou même très prononcé, mais avec le caractère épileptique moins accusé, correspond à l'épilepsie avec hémiparésie (trouble fonctionnel hémilatéral dans les cordons pyramidaux; cliniquement, convulsions d'abord localisées à un seul côté, puis généralisées; suspension de la conscience ou petit mal; cause fréquente : la scarlatine); (*c*) dans l'épilepsie corticale, il y a intégrité ou affaiblissement modéré de l'intelligence; (*d*) enfin, un quatrième groupe ressemble beaucoup à la paralysie générale.

Les signes somatiques prédominent : troubles intenses de coordination (parole, écriture; membres inférieurs; moins marqués dans les bras et dans les mains). Comme étiologie, notons le surmenage intellectuel et les contusions à la tête. Les symptômes psychiques sont ceux de la démence progressive, mais sans les caractères de la paralysie classique (absence de délire ambitieux, etc.). La tendance « progressive » est aussi moins mar-

quée ; arrivé à un certain degré, l'état pathologique reste stationnaire (comme dans certaines paralysies alcooliques). C'est ainsi que la durée très longue de l'affection rend cette forme différente de la paralysie classique. Les attaques épileptiques qui produisent cette forme sont très rarement typiques; ordinairement, c'est le petit mal qui existe ; la déchéance psychique est rapide ; le trouble mental aigu est représenté par de la stupeur avec périodes d'excitation.

Les attaques convulsives et les modifications psychiques et morales sont dans un rapport très variable. Le caractère épileptique peut se montrer : (*a*) en même temps que les attaques deviennent plus nombreuses et plus graves, c'est-à-dire avec l'augmentation de la maladie; (*b*) avec la persistance de l'état pathologique et des troubles moteurs; (*c*) après une amélioration considérable ou même après la disparition des attaques.

B. Troubles psychiques aigus intercurrents chez les jeunes épileptiques. — En général, on peut dire que les formes aiguës sont rarement graves; les états de manie furieuse, si fréquents chez les adultes, semblent ne pas exister chez les jeunes épileptiques. C'est toujours au moment de la puberté que se développent toutes ces psychoses intercurrentes.

On peut établir trois groupes de psychoses, d'après leurs rapports avec les attaques :

a) Des troubles psychiques intermittents éclatent, qui n'ont pas de relations bien nettes avec les attaques convulsives (c'est-à-dire avec leur fréquence ou leur intensité). Ces troubles se produisent d'une manière irrégulière, sans qu'on observe d'attaques convulsives ; ou bien ils peuvent les précéder ou les suivre; ce sont : le délire hallucinatoire aigu et des états d'obnubilation intellectuelle avec délire religieux.

Les malades deviennent par moments plus silencieux, plus rêveurs; ils tombent dans un état de stupidité profonde, où quelques perceptions sont encore possibles ; ils sont alors plongés dans les rêves et les hallucinations (ils voient des anges, des formes qui oscillent, des esprits célestes et infernaux). Après ce stade, ils retrouvent peu à peu leur ancienne manière d'être ; ou bien ils passent par un stade intermédiaire d'excitation, commettent des actes violents, et ont des hallucinations qui ne sont pas de nature terrifiante; parfois le stade d'excitation est expansif, et les hallucinations les « mettent en rapport avec Dieu ».

b) La psychose ou la modification pathologique du caractère est dans un rapport évident avec les attaques; mais il n'y a pas de différence clinique entre les périodes pré-épileptique et post-épileptique.

Le malade (et ceci se répète chaque fois), se trouve, un ou deux jours avant ou après l'attaque, c'est-à-dire pendant la durée de la période d'attaques, dans une disposition morale pathologique (il est querelleur, hautain

et raisonneur), puis, peu à peu, l'humeur redevient normale. La conscience persiste et ne disparaît qu'au moment des attaques.

c) Le trouble psychique est sous la dépendance de l'attaque; il est manifestement pré-épileptique ou post-épileptique. Ces deux phases se répètent d'une manière typique; aussi l'on peut très bien reconnaître, après l'une ou l'autre, si le malade a eu son attaque convulsive ou s'il va l'avoir (cela est bien différent de ce qui se passe chez les adultes).

Il existe toute une série de variétés et de degrés. En somme, on peut dire que le cerveau des enfants est moins troublé par une attaque que le cerveau des adultes. Une stupeur de longue durée est très rare, comme aussi une psychose post-épileptique nettement caractérisée; la manie furieuse paraît manquer également (voy. plus haut). Habituellement, il s'agit de psychoses incomplètes, c'est-à-dire de modifications du caractère; ainsi, une phase de dépression précède l'attaque convulsive, et une phase d'euphorie succède à l'attaque, ou inversement, mais ce dernier cas est plus rare. Il est intéressant de voir comme le type morbide, une fois constitué, se reproduit de la même manière. La phase dépressive pré-épileptique peut être de nature hypochondriaque (le corps est putréfié, les dents tombent), ou bien encore mélancolique; ou enfin c'est une excitation furieuse pendant laquelle le malade devient dangereux pour lui et pour les autres. La phase d'euphorie est représentée par une satisfaction niaise et par une amabilité complaisante. Pour le pronostic, il faut savoir que ces cas sont graves et tenaces; on n'obtient aucune amélioration par le traitement ou, tout au plus, une amélioration insignifiante.

d) Le trouble psychique se présente comme l'équivalent de l'attaque.

Ici nous observerons les variétés les plus nombreuses. Ainsi :

α) L'affection peut se manifester par des accès psychiques aigus de très courte durée (sauts, violence soudaine), et se continuer peu à peu par les manifestations motrices (attaques). Ou bien :

β) Remplacées par des états d'excitation périodique (le malade déchire, détruit, jette ou vole ce qui lui tombe sous la main; ou encore il est indocile, se dispute, a horreur du travail). Parfois les attaques persistent, mais elles sont tantôt intenses, tantôt légères; les attaques légères sont suivies d'états d'excitation stupide avec hallucinations, et les premières d'un stade de somnolence légère, suivi d'euphorie.

Il y a des cas intéressants où des états d'excitation psychique surviennent après la disparition des attaques; ces états d'excitation disparaissent ensuite, lorsque les attaques se reproduisent.

On peut voir aussi dans le courant de la folie épileptique chez de jeunes individus, des attaques intercurrentes d'*hystérie* avec vociférations, grands mouvements, et état psychique hystérique. Ces accès se terminent par un état de somnolence qui dure plusieurs jours.

TRAITEMENT.

On dirigera le traitement *somatique* d'après les indications déjà notées pour les épileptiques adultes. Au point de vue *psychique*, on veillera avec la plus grande attention au choix d'une carrière, et on réglera les occupations des jeunes épileptiques. Avant tout, il va de soi qu'une carrière scientifique ou libérale est incompatible avec cette maladie nettement caractérisée. Un emploi manuel, permettant le travail à la maison, doit être choisi de préférence (états de relieur, de vannier, de mécanicien, de jardinier, de comptable). On préviendra les parents pour leur épargner bien des désillusions pénibles, et pour les empêcher de tenter des expériences toujours inutiles, souvent préjudiciables au malade. On leur dira de ne pas compter sur une amélioration possible au moment de la puberté; ces espérances ne se réalisent jamais, et c'est, au contraire, à cette époque que peut éclater la terrible névrose. Si les attaques ou l'état psychique des jeunes malades ne leur permettent pas de fréquenter régulièrement l'école, il peut être indiqué de les placer dans un établissement spécial (mais il ne faut pas trop tenir compte de quelques résultats brillants qui ont pu être obtenus).

Le séjour à l'asile doit remplir les indications suivantes :

a) Les enfants devront acquérir de bonnes connaissances scolaires ;

b) apprendre un métier approprié à leur situation;

c) prendre beaucoup d'exercice en plein air et faire de la gymnastique.

Il est indispensable que ces établissements consacrés aux épileptiques soient sous la direction du médecin : cela est aussi nécessaire que pour les asiles d'aliénés, et plus utile encore que pour les asiles d'incurables. C'est un devoir pressant pour l'État de satisfaire à ce desideratum, et les jeunes épileptiques méritent, autant que les autres aliénés, d'attirer l'attention du gouvernement.

FOLIE HYPOCHONDRIAQUE

Bibliographie. — Voir Jolly, *Ziemssen's Handbuch*, 12. — Legrand du Saulle, *Gaz. des hôpitaux*, 1881. — **Pour la forme neurasthénique :** Beard, *Neurasthénie*. — Chambard, *l'Encéphale*, 1882. — Tuczek, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 39. — Holst, *Monogr.*, 1883 (traitement).

Sous le nom d'hypochondrie, on désigne une psycho-névrose causée par une hyperesthésie des nerfs sensibles de tous les territoires organiques ou de quelques-uns seulement ; cette hyperesthésie finit par déterminer une obsession psychique : au point de vue intellectuel, l'attention est constamment fixée sur des sensations anormales ; dans la sphère morale, on observe de la dépression et de l'angoisse ; du côté de la volonté, de l'inquiétude et de l'agitation, en même temps qu'une indifférence croissante pour tout ce qui n'est pas la maladie.

L'hypochondrie présente avec la mélancolie et l'hystérie des analogies nombreuses ; comme la première, elle repose sur une hyperesthésie psychique qui détermine de la dépression ; comme dans l'hystérie, on retrouve ici cette disposition psychique particulière qui fait que le malade pense exclusivement aux troubles de la sensibilité qu'il éprouve. Elle a encore un point commun avec ces deux névroses, et aussi avec certaines formes de délire systématisé : c'est l'influence de la douleur périphérique sur les centres psychiques, et inversement (des perceptions fausses, formées directement dans les centres sensoriels, sont rapportées à la périphérie et deviennent pour le malade des sensations réelles). Par suite, nous verrons l'hypochondrie revêtir les formes de la mélancolie et du délire systématisé. Au point de vue nosologique, on ne peut distinguer les unes des autres les sensations douloureuses hystériques et hypochondriaques. L'hypochondrie mérite une description spéciale, parce qu'elle se présente aussi isolée ; c'est une entité particulière : elle peut se transformer en mélancolie ou en délire systématisé, mais elle peut également conserver ses caractères propres et se terminer par un affaiblissement psychique. La folie hypochondriaque est une affection constitutionnelle psychique, comme les folies épileptique et hystérique ; elle est, comme celle-ci, une forme de dégénérescence psychique.

Développement de la maladie. — Symptômes. — 1° *Hyperesthésie des centres sensoriels* (symptôme principal). — Tous les nerfs sensibles vibrent, pour ainsi dire, chez l'hypochondriaque ; les sensations sont exagérées ; tantôt l'hyperesthésie est localisée à certains territoires nerveux, tantôt elle est généralisée ; elle est fixe, ou passe

d'une région à une autre. L'observation nous montre que les nerfs des organes abdominaux et génitaux sont surtout le siège de ces perceptions anormales; celles-ci ne sont pas seulement exagérées, mais perverties; elles sont, pour les malades, nouvelles, insolites, impossibles à concevoir et à qualifier.

L'hypochondriaque ne ressent pas seulement d'une manière excessive les malaises que tout le monde éprouve, mais il souffre de sensations toutes particulières et qui ne sont pas ressenties par les autres hommes : ainsi le travail de la digestion, qui n'est pas perçu par l'homme sain, détermine chez l'hypochondriaque une foule de sensations qui se rattachent aux contractions de l'estomac et de l'intestin, et qui s'imposent à l'attention du malade. La neurasthénie, sur laquelle se développe si souvent l'hypochondrie, rend douloureux l'accomplissement de tout mouvement; le travail silencieux de la pensée est lui-même pénible et douloureux; mais le repos de l'intelligence et du corps n'est pas moins pénible. Les impressions des sens deviennent des bruits désagréables, des éclairs lumineux, etc...

La maladie ne se borne pas à cette hyperesthésie sensible et sensorielle; les sensations, une fois perçues, demeurent persistantes, s'imposent à l'attention, et déterminent, en même temps que de l'angoisse, des idées qui répondent à la nature des perceptions. Le malade raisonne à perte de vue sur ces sensations anormales et les analyse sans cesse; il s'absorbe dans cette étude, qui ne sert qu'à le tourmenter davantage; son imagination, les livres qu'il consulte constamment complètent l'édification de son délire. Si son estomac lui semble gonflé, il se croit atteint d'hémorrhoïdes « à l'intérieur », ou de quelque autre affection plus grave; s'il éprouve dans le dos des douleurs intermittentes, il diagnostique une ataxie locomotrice; une douleur de tête lui annonce le début d'une maladie cérébrale. Il cherche, observe, fait chaque jour de nouvelles découvertes, et finit par prendre ses sensations et ses idées pour des faits indubitables. Les idées correspondent aux sensations fausses, et, d'autre part, les sensations s'éveillent à la moindre crainte; ainsi est créée l'obsession pathologique, et tous les jours elle se renouvelle; alors tout repos est refusé au malade; à l'hyperesthésie sensible s'ajoute l'hyperesthésie morale; il est triste, en proie à l'angoisse; dans cette période, il est semblable au mélancolique; mais l'un donne à sa résignation ou à son désespoir des causes empruntées aux faits réels, tandis que le mélancolique cherche à son état une explication métaphysique. Parfois, du reste, ces deux états peuvent se remplacer réciproquement; le malade est d'abord un mélancolique par hypochondrie, puis sa dépression est produite par des idées de culpabilité. Mais, dans l'hypochondrie définitive, il s'isole et ne s'occupe plus

que de ses sensations fausses et de ses craintes : il est malade, très gravement malade, incurable ; pendant toute la journée, il examine ses selles, ne songe qu'à la production ou à l'absence d'une sensation qu'il attendait; comme le mélancolique, il ne s'intéresse plus à rien, sauf à ses sensations pathologiques; il est préoccupé à l'excès de sa situation, mais indifférent à toute autre chose; il arrive à un égoïsme étroit, et enfin à une véritable ossification morale, à une indifférence absolue pour ce qui touche sa famille, son emploi, pour tous les sentiments élevés; il n'a plus de sensibilité que pour le sujet de ses plaintes, et il envie les personnes bien portantes, comme le mélancolique porte envie aux gens qui sont heureux.

Cependant la conduite des hypochondriaques peut être différente; certains malades endurent silencieusement leurs souffrances pendant un temps fort long, conservent et montrent des sentiments généreux; malgré la mauvaise humeur qui perce forcément de temps à autre, ils sont capables de patience, de confiance et d'abandon.

2° *La marche des pensées* est ralentie, comme dans la mélancolie, malgré une surabondance d'idées. Les sensations, anormalement intenses, s'imposent à l'attention et la fixent; elles provoquent la formation d'idées correspondantes, tandis que les idées d'autre nature sont arrêtées ou se produisent lentement; il en résulte une monotonie toujours plus grande de la pensée, et enfin une sorte de vide intellectuel; en effet, tout ce qui ne se rattache pas aux idées hypochondriaques se trouve refoulé dans l'ombre, et des idées nouvelles ne peuvent être acceptées que si elles réveillent des sentiments pénibles; aussi l'hyperesthésie psychique est-elle toujours excitée à nouveau. Si des conceptions fausses ne viennent pas s'adjoindre aux sensations hypochondriaques (passage au délire systématisé), l'intelligence du malade peut rester normale pendant des années, et même pendant toute la vie. Mais, en général, cet arrêt de la pensée, qui devient de plus en plus marqué, détermine peu à peu un affaiblissement intellectuel progressif, et enfin la démence.

Quelques hypochondriaques savent résister avec énergie à toutes leurs préoccupations déprimantes, à l'angoisse qui les oppresse, et conserver toute la vigueur de leur intelligence.

Quand l'hypochondrie se développe chez un neurasthénique ou un héréditaire, on voit se produire, dans ces intelligences inquiètes et tourmentées, une foule d'idées obsédantes, avec ou sans maladie du toucher: on observe en même temps des vertiges intellectuels (agoraphobie).

3° La *volonté* est profondément troublée, consécutivement à la dépression morale pathologique. Les malades sont irritables à l'excès, et, d'autre part, ils présentent une sensiblerie exagérée; des hommes

autrefois énergiques « vivent dans les larmes ». Pendant leurs accès, qui ont souvent une forme chronique et peuvent durer des années, ils s'épuisent dans une perplexité et une agitation stérile, que rien ne peut apaiser. Parfois pourtant une parole amicale du médecin peut les calmer et les consoler un moment, mais le mal secret qui les ronge n'est pas guéri.

Certains malades manifestent leur douleur; ils affectent une démarche brisée et chancelante, tiennent, en marchant, leurs mains appliquées sur le ventre ou sur les parties génitales; ils implorent, par leurs regards tristes et leur physionomie contractée, la compassion de ceux qui les entourent; ils restent couchés et immobiles, évitent le moindre effort, bâillent, soupirent, sanglotent (parfois seulement quand on les approche). Les plus énergiques conservent une attitude digne et correcte; mais leur front plissé, leurs regards sombres, leur figure pâle, dénoncent leur douleur cachée.

Les hypochondriaques consultent successivement une foule de médecins; mais la satisfaction qu'ils éprouvent en racontant leurs peines les pousse à les exposer encore. Ils affirment qu'ils sont prêts à mourir, car ils ne peuvent plus tolérer une existence aussi cruelle; mais ces menaces, heureusement, ne sont pas souvent mises à exécution; elles obligent cependant le médecin à exercer une surveillance rigoureuse sur ces malades; ces idées de suicide, qui reviennent chaque jour, à chaque heure, finissent par devenir dangereuses, et peuvent pousser ces individus émotiles, malgré leur pusillanimité pathologique, à une résolution désespérée. Les traitements médicaux, les remèdes secrets, l'électricité, les cures thermales, ne procurent aucun soulagement; alors l'hypochondriaque devient son propre médecin; il s'ingénie à s'imposer les régimes les plus sévères; il examine chaque jour ses selles, son urine, compte les battements du pouls; change de vêtements à chaque variation thermométrique; se livre dans sa chambre à une gymnastique sévèrement réglée « pour faire refluer le sang tantôt en dedans, tantôt en dehors »; enregistre soigneusement ses pollutions, a recours aux moyens les plus étranges pour les arrêter; il cherche à détruire les « bactéries » qui sont dans ses aliments et dans ses boissons; il pèse avec un soin scrupuleux, pendant toute la journée, ce qu'il doit faire et ce qu'il doit éviter. Arrivé à ce point, le malade ne s'occupe plus en rien de sa profession ni de son entourage; il ne vit plus que d'une vie artificielle.

Cette règle n'est pas non plus sans exceptions : quelques-uns, avec une énergie remarquable, s'attachent à des occupations particulières (ils rangent chaque jour tous les objets contenus dans leur chambre et les disposent avec un ordre minutieux; ils balayent, frottent, etc.); ils arrivent

ainsi à surmonter leurs sensations maladives, et, pendant quelques heures, ils peuvent recouvrer leur liberté d'esprit.

Symptômes somatiques. — a) *Troubles de la sensibilité.* — Ils sont représentés par les innombrables hyperesthésies et névralgies de la neurasthénie; les malades se plaignent surtout de la tête, du dos; éprouvent des constrictions de la tête, des céphalalgies, et surtout des vertiges (ce n'est pas toujours un vertige giratoire, mais il leur semble qu'ils tombent dans un trou, ou que leur corps subit des balancements). En même temps, le travail intellectuel (la réflexion, etc.) s'accompagne d'un sentiment pénible. Des sensations étranges se produisent dans la tête (il semble qu'une roue tourne dans le crâne, qu'une corde tendue traverse le cerveau, que certaines parties de la tête aient disparu). Ils éprouvent dans le dos des douleurs soudaines, des fourmillements, des sensations électriques; des douleurs partent du sacrum et s'irradient dans la vessie et dans les jambes; puis elles remontent peu à peu jusqu'au creux épigastrique, et s'accompagnent de névralgies intercostales, occipitales et faciales. Il existe de l'hyperesthésie sensorielle, portant principalement sur la vue et l'ouïe, et en même temps une tendance très marquée aux interprétations délirantes. Les sensations du goût et de l'odorat deviennent d'une acuité surprenante. L'anesthésie et l'analgésie spinales sont plus rares; quelquefois les malades se plaignent d'engourdissement des extrémités. Il est plus fréquent d'observer une diminution des fonctions sensorielles; les malades ne voient pas avec netteté les objets, surtout lorsqu'ils les fixent; des étincelles dansent devant les yeux; l'ouïe est plus dure; parfois même on constate une surdité et une cécité transitoires, qui durent quelques jours.

b) *Troubles de la motilité.* — Crampes localisées, surtout au mollet, parfois généralisées sous forme de contractures hystériques; tendance aux accidents épileptoïdes (vertiges, et parfois chutes avec perte de connaissance). Tremblement de tout le corps. J'ai observé fréquemment la paralysie des cordes vocales.

c) *Troubles de la digestion* et *troubles trophiques.* — Douleurs dans l'estomac et dans l'intestin, siégeant surtout à l'épigastre et si intenses, que les malades ne peuvent boutonner leurs vêtements, supporter la moindre pression de la main, se plier ni se retourner dans leur lit. Les contractions intestinales sont douloureuses, et souvent il y a arrêt absolu de la pensée pendant la digestion; inversement, des troubles digestifs se produisent immédiatement si le malade se livre, après le repas, à un travail intellectuel (flatulence, besoin subit d'aller à la selle, douleurs épigastriques). Contractions convulsives de certaines parties de l'intestin, avec distension, puis affaissement de la masse intestinale. Constipation opiniâtre, avec écoulement d'un mucus comparable à du frai de grenouille; souvent périodes de diarrhée. Les hémorrhoïdes sont fréquentes. L'appétit est capricieux, il existe souvent une boulimie insatiable. Le sommeil est troublé; le malade se réveille brusquement, et se plaint, à ce moment, d'un tourbillonnement des pensées; cauchemars fréquents. Pollutions répétées, impuissance.

d) *Troubles vaso-moteurs.* — Répartition sanguine inégale; refroidissement

des extrémités; chaleurs soudaines et passagères, congestions de la tête, transpiration facile; pulsations ressenties dans la tête, dans l'oreille, dans les doigts, dans l'abdomen, etc. Troubles de la température cutanée; sentiments pénibles de frissons; palpitations fréquentes; souvent choc cardiaque plus violent par moments; gêne de la respiration (asthme, et toux sèche).

MARCHE ET TERMINAISON.

L'hypochondrie est toujours une affection chronique, qui dure des années, et souvent même toute la vie. Elle débute ordinairement d'une manière progressive; elle est précédée par un affaiblissement somatique qui se prolonge souvent pendant plusieurs années, et qui se rattache à des troubles de la digestion et des fonctions génitales, troubles qui serviront plus tard à l'édification du délire; ou bien on observe de l'irritation spinale, ou encore de la neurasthénie cérébrale. L'affection débute parfois aussi brusquement, lorsqu'il existe une prédisposition neuro-psychique (de même que les mélancolies qui reposent sur des troubles de la sensibilité); alors, une émotion quelconque (la crainte du choléra, par exemple, ou le spectacle d'une mort subite), vient unir ces éléments divers, les sentiments de l'organe psychique hyperesthésié et les douleurs périphériques; le fonctionnement psychique est dominé dorénavant par les sensations nerveuses (ὑπο χονδρίας). Quand l'affection s'est établie nettement, la marche est habituellement rémittente avec des exacerbations. Après des intervalles de bien-être plus ou moins longs, pendant lesquels le malade se sent fort et bien portant, les plaintes anciennes reparaissent et s'accompagnent d'une dépression douloureuse et profonde (mélancolie hypochondriaque intercurrente. Voy. ce mot). — Dans d'autres cas, l'affection, après un temps plus ou moins long, devient un délire systématisé; celui-ci peut revêtir la forme d'un délire des persécutions ordinaire; en effet, les sensations multiples qui assaillent le malade sans qu'il puisse se les expliquer (précisément parce qu'elles ne sont pas habituelles), poussent forcément aux raisonnements faux, dont le résultat est la dissociation du Moi, et elles sont attribuées à une influence extérieure. Ou bien les idées de persécution ne prennent pas naissance, mais il se produit un délire systématisé hypochondriaque spécial; ce qui reste inexpliqué dans chacune des sensations est interprété d'une façon délirante, et, la réflexion faisant défaut, ces interprétations prennent, aux yeux du malade, la valeur d'une réalité. C'est ainsi que l'hypochondriaque arrive à s'imaginer qu'il a un autre corps que son corps primitif.

Il se plaint que des boutons d'habit sont dans son corps et se déplacent de temps à autre; que le cœur lui tombe dans le ventre; que les intestins

sortent par le scrotum, qu'ils sont noués, que l'anus est desséché. Il *sent* s'écouler dans tout le côté gauche de son corps des matières fécales *noirâtres*. Son scrotum est plein de morceaux de bois, puis brusquement il devient vide. Les veines sont distendues; des courants d'air lui traversent les tempes. Toutes les sécrétions sont taries; il est desséché, bien qu'il soit vivant. Sa tête est trop petite; son occiput trop plat; son cœur bat avec trop de force, etc.

A côté de cette marche chronique, on observe aussi une marche aiguë (voy. p. 172). Dans d'autres cas, l'hypochondrie se prolonge et se termine enfin, après des oscillations diverses, par une démence définitive; pendant cette marche, le délire hypochondriaque peut s'enkyster et permettre alors le libre exercice des fonctions psychiques qui ont été épargnées.

Ces malades peuvent encore se livrer dans l'asile, et grâce à une direction intelligente, à certaines occupations; mais, livrés à eux-mêmes, ils se trouveraient perdus au milieu des luttes pour l'existence. Quelques-uns examinent puérilement leur corps, et analysent tout ce qu'ils peuvent trouver; ils demandent chaque jour une consultation pour une verrue, s'inquiètent des tannes qu'ils portent sur la peau, s'observent dans le miroir pour voir quelle mine ils ont, réclament sans cesse des remèdes, etc. Leurs dispositions d'humeur sont aussi très changeantes; ils sont mécontents, indociles, ils réclament leur sortie; parfois ils laissent deviner, à certains moments, des idées de persécution. D'autres présentent des idées de grandeur, causées indirectement par le mécontentement qu'ils ont éprouvé en voyant qu'on ne voulait pas attacher assez d'importance à leurs souffrances multiples. Il est remarquable de voir se produire brusquement des idées ambitieuses, ou des idées soudaines, le plus souvent mystiques; elles surprennent chez ces malades qui jusqu'alors s'occupaient seulement de leur corps. Quelques-uns sont plongés par moments dans des états d'angoisse et de stupidité, pendant lesquels ils sont en proie à des impulsions au suicide, souvent très intenses.

Cet état peut se prolonger ainsi, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; par périodes, il revêt des formes particulières (mélancolie, délire systématisé, états d'excitation). Il peut aussi rester stationnaire, ou, dans certains cas, se comporter et se terminer comme le délire systématisé originel. Souvent des tentatives de suicide se produisent brusquement.

L'affection se termine parfois encore par une lésion cérébrale organique (atrophie), dont l'hypochondrie n'était que la première période, et dont elle représentait toute la symptomatologie (voy. *Cérébropathies*).

Pour l'hypochondrie syphilitique, v. Mélancolie du « cerveau invalide », p. 65.

A notre époque, caractérisée par le nervosisme et le manque d'énergie,

on observe un type spécial d'hypochondrie, qui est une forme psychique de la neurasthénie *cérébrale*. Elle résulte le plus souvent du surmenage intellectuel, et surtout d'un travail monotone et incessant (caissiers, etc.). Les symptômes se résument ainsi :

Les malades ont peine à suivre la conversation, sont vite fatigués; ils sentent que leur esprit n'est pas éveillé comme autrefois, ils sont dans une sorte d'assoupissement. S'ils expriment une opinion, aussitôt ils sont tourmentés par la crainte d'avoir laissé échapper une sottise; ils commettent souvent des erreurs et s'embrouillent dans leurs raisonnements. L'intelligence est émoussée ; l'esprit est distrait, la mémoire infidèle, affaiblie; il semble parfois aux malades que des mois et des années se soient écoulés depuis les événements du jour même. Ils sont incertains, indécis, se perdent dans les détails, éprouvent à tout moment le besoin de tout vérifier pour arriver à la certitude. Ils sont si troublés par les moindres incidents, que leur pensée se trouve brusquement interrompue; ils sont incapables de reprendre leurs occupations jusqu'à ce que la cause de leur trouble ait disparu, ou jusqu'à ce qu'ils aient examiné et pesé longuement le fait en question; autrement, il leur est impossible de sortir de leurs doutes et de leur anxiété confuse. Une influence extérieure peut leur donner, pour un moment, une assurance plus grande. Ils perçoivent vaguement le monde extérieur, et les impressions venues du dehors ne peuvent plus les pénétrer. Il leur est très difficile d'envisager les choses à un point de vue général; ils s'attachent d'abord aux menus faits, et les idées se succèdent péniblement dans leur esprit. Quand ils ont lu un écrit quelconque, il leur faut en récapituler les différents points. Ils lisent plus facilement à haute voix. Dans d'autres cas, une pensée qui leur paraissait claire devient obscure dès qu'ils cherchent à l'examiner plus profondément, ou à l'exprimer sous une forme précise; ainsi des projets longuement mûris perdent dans leur esprit toute forme précise dès qu'ils sont à nouveau soumis à leur réflexion, et tout le travail doit être recommencé. Les malades ont souvent le sentiment d'être à demi endormis. S'ils sont surpris par un incident nouveau, ils éprouvent une excitation nerveuse; les pensées se suivent rapidement et en désordre. Les symptômes les plus importants, au point de vue de l'état moral, sont l'*angoisse* et la *perplexité :* tout est pour eux un sujet d'angoisse, l'isolement, les voyages, l'action d'ouvrir des tiroirs, de défaire un paquet, etc. L'angoisse est ordinairement moins marquée pendant les temps de soleil que par les temps de brouillard. L'angoisse détermine ordinairement de la confusion intellectuelle. Le malade, parcourant une route bien connue, est obligé de s'arrêter et de réfléchir pour savoir où il se trouve. Il se sent gonflé de tout le corps, et souffre dans la région anale. L'angoisse oppresse le malade comme un remords. Il a du dégoût et de l'aversion pour ce qu'il aimait autrefois; il ne s'intéresse plus à rien et son humeur devient triste et gémissante. Il pleure pour le moindre motif, verse des larmes lorsqu'il entend de la musique. Il est toujours plus indécis dans son appréciation de soi-même, finit par ergoter et raisonner sans cesse, et devient de plus en plus insociable. Pendant des journées entières, il reste absorbé dans ses pensées, et s'étonne de voir les heures s'écouler si vite.

Pendant certains moments, la lucidité redevient plus grande, par exemple à l'occasion d'une douleur physique ou d'une émotion intense. Beaucoup de malades sont plus calmes lorsqu'ils écrivent que lorsqu'ils lisent. Il leur est moins pénible, et cela est à remarquer, de faire un effort psychique pour agir que pour acquérir.

TRAITEMENT.

Le traitement de la psychose hypochondriaque doit être dirigé d'après les principes généraux et particuliers du traitement de l'hypochondrie. D'après la nature spéciale des sensations et des plaintes hypochondriaques les plus intenses, l'attention du médecin doit être dirigée sur l'estomac, l'intestin, les organes sexuels (pollutions et leurs conséquences), ou sur la neurasthénie spinale ou cérébro-spinale. Ces différents troubles seront traités d'après les règles ordinaires. La médication doit être aussi simple que possible. Il sera bon de donner, outre les médicaments véritables, des remèdes apparents, pour éviter que l'hypochondriaque s'afflige de suivre toujours la même médication. Le traitement *psychique* est de beaucoup le plus important; il est, dans les grandes lignes, tout à fait analogue à celui de l'hystérie. Il sera souvent utile de conseiller un court séjour dans l'asile à l'hypochondriaque anxieux; il peut ainsi acquérir assez de force et d'assurance pour être ensuite capable de surmonter ses souffrances lorsqu'il est rendu à la vie ordinaire. On ne doit garder dans l'asile que les malades atteints des formes graves de marasme hypochondriaque, et il *faut* les y maintenir s'ils ont des idées de suicide; mais, chez ces malades eux-mêmes, on peut se trouver bien d'essayer de les laisser sortir, surtout si l'on peut leur permettre de continuer au dehors l'usage de doses modérées de morphine, qui les rendent capables d'une certaine activité.

Contre la forme neurasthénique de l'hypochondrie, il faut instituer un régime psychique et somatique très méticuleux, qui nécessite une surveillance médicale continue. Après la sortie, le malade doit régler soigneusement sa vie; c'est le moyen le plus efficace d'éviter les récidives. Il faut être très prudent s'il s'agit de décider un homme actif et habitué au travail, à abandonner l'exercice de sa profession, car le passage brusque à l'inactivité détermine souvent de la mélancolie et une sénilité rapide. Le malade évitera les occupations capables de congestionner le cerveau; mais il ne faut pas lui interdire une occupation facile et agréable qui repose, au contraire, l'organe cérébral; il doit apprendre à se modérer et à limiter ses désirs et ses efforts. Le précepte religieux : « Tu sanctifieras le jour du sabbat » peut avoir ainsi une application importante dans la vie journalière.

PSYCHOSES PÉRIODIQUES, CIRCULAIRES ET ALTERNANTES

APPENDICE : PSYCHOSES MENSTRUELLES

Bibliographie. — Folie périodique : Esquirol, t. II, p. 168. — Morel, *Traité*, p. 478. — Falret, *Maladies mentales*. — Spielmann, *Diagnostic*, p. 324. — Focke, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 5 (conséquence d'impaludisme). — Koster, *Ibid.*, 16. — Kirn, *Ibid.*, 26. — Du même, *Psychoses périodiques*, *Monog.*, 1878. — Mendel, *Manie*, *loc. cit.* — Neftel (mélancolie périodique), *Centralbl. f. med. Wiss.*, 22. — Koster, *Lois de la périodicité*, etc., *Monog.*, 1882. — Bechterew, *Petersb. med. Woch.*, 1879 (température). — Hurd, *Amer. J. of Ins.*, 1882 (traitement).

Folie circulaire : Kirn, *loc. cit.* — Koster, *loc. cit.* — Emmerich, *Troubles mentaux cycliques*, Schmidt's Jahrb., 190 (bibl.). — Huppert, *Ibid.*, 1877. — Falret, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1854, t. XIX, et *Arch. génér.*, 1879. — Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1854 et 1880. — Ball, *Ibid.*, 1880. — L. Meyer, *Arch. f. Psych.*, 4 (bibliogr.). — Dittmar, *Psychoses régulières et cycliques*, Bonn, 1877. — Hughes, *Al. and Neur.*, 1880 (suite d'impaludisme). — Schæfer, *Neur. Centralbl.*, 1882. — Doutrebente, *Ann. méd. psych.*, 1882. — Ritti, *Ibid.* (symptômes somatiques). — Du même, *Traité clinique*, etc. Paris, 1881. — Foville, *Brain*, 1882. — Karrer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37. — Hjertstroem, *Schmidt's Jahrb.*, 201. — Kahlbaum, *Irrenfreund*, 1882. — Tonnini, *Arch. Ital.*, 1883.

Psychoses menstruelles : Schlager, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 15. — Schroeder, *Ibid.*, 30 et 21. — V. Krafft-Ebing, *Arch. f. Psych.*, 8 (bibl.). — Ellen Powers, *Thèse sous les auspices de Forel*, 1883 (avec bibl. détaillée). — Cabardé, *l'Encéph.*, 1883. — Algeri, *Arch. Ital.*, 1884.

On comprend, sous le nom de psychoses périodiques, les psychopathies de formes cliniques variables qui ne se manifestent pas par un seul accès, mais par plusieurs paroxysmes se reproduisant d'une manière identique ou modifiée; ces accès sont séparés par un intervalle de lucidité relative; mais, en clinique, ils ne sont que les phases répétées ou variables d'un état mental continu.

Ce sont surtout certains syndromes mélancoliques et maniaques qui reviennent assez régulièrement, sous la forme de mélancolies et de manies périodiques. Si ces phases se succèdent directement (mélancolie, puis manie, ou inversement), en se répétant d'une manière cyclique, ou en étant séparées par un intervalle lucide, on a ce qu'on appelle en clinique la « folie circulaire ». Dans cette folie circulaire, la stupeur et le délire systématisé exalté peuvent aussi se produire comme équivalents cliniques de la mélancolie et de la manie. Les deux variétés de la folie cyclique, la forme périodique et la forme circulaire, se produisent chez les individus à système nerveux invalide; elles sont presque toujours héréditaires, et rarement acquises.

La marche de ces deux formes est ordinairement lente; elle dure des années et même toute la vie. Les phases pathologiques peuvent se répéter d'une manière typique (elles sont stéréotypées); mais presque toujours elles s'aggravent et prennent alors les caractères de la dégénérescence. C'est ce que l'on observe surtout pour les formes périodique et circulaire de la folie hystérique ou épileptique. Ces deux formes, en tant que psychoses fonctionnelles, peuvent guérir; la forme circulaire, toutefois, est beaucoup plus grave que la forme périodique pure. En clinique, elles se montrent séparément; mais on les voit aussi s'unir l'une à l'autre, le type périodique et le type circulaire alternant pendant la marche d'une même affection.

La lucidité, pendant l'intervalle, est seulement « apparente ou partielle »; cela caractérise les psychoses cycliques; ce fait important, qui est également commun aux manies rémittentes, distingue les formes périodiques des « récidives simples ». Cette séparation n'est pas absolue, comme on le voit d'ailleurs par les manies à récidives qui, plus tard, deviennent nettement périodiques. Parfois le type circulaire succède à une mélancolie simple, suivie de manie, et après un intervalle qui dure des années, le cycle fatal se produit. Pour le pronostic, il faut tenir le plus grand compte des caractères cliniques du premier accès mélancolique et maniaque (mélancolie sans idées délirantes et sans hallucinations; puis stade maniaque se présentant comme entité, avec folie raisonnante). D'après les variations du poids du corps, les manies périodiques se rapprochent plus des manies simples que des manies circulaires; cependant cela est loin d'être toujours net et surtout constant (voir plus loin).

Psychoses périodiques.

a) *Manie périodique.* — Elle complique surtout la névrose héréditaire, ou du moins elle succède à une névropathie très accentuée. Quand elle est acquise, l'onanisme et les contusions à la tête jouent un rôle étiologique important. Presque toujours, le caractère est irritable et emporté; parfois, à côté de cette grande émotivité, on constate une paresse intellectuelle marquée pendant les études scolaires (voy. *Névrose héréditaire*). Une éducation mal dirigée, une sévérité excessive et maladroite, peuvent être des causes suffisantes pour que cet esprit assoupi verse dans une manie avec colère, qui plus tard récidivera; il semble que ce soit là une réaction produite par les réprimandes supportées en silence. D'autres fois, la manie est plus légère, et elle succède à une prédisposition héréditaire, avec tendance précoce aux rêvasseries et aux projets ambitieux et démesurés. Ici également le malade est en lutte avec les personnes de son entourage qui ne le comprennent pas, et de fré-

quents mouvements de mauvaise humeur précèdent l'explosion de la manie.

Il faut admettre, pour ce premier paroxysme, un stade prodromique constant de dépression plus ou moins prolongée. A force de lutter contre eux-mêmes et contre leurs proches, les malades s'aigrissent et s'irritent; ils n'ont plus ni désir ni joie; ils se sentent faibles et fatigués, sont tourmentés par des rêves, ont des sueurs profuses, des congestions céphaliques avec refroidissement des extrémités; enfin ils deviennent brusquement effrayés et anxieux. Ils changent de résidence, quittent tout à coup leur emploi; ils veulent remédier à cet état, se débarrasser de leur souffrance éternelle, qui souvent se fixe à l'épigastre en déterminant des sensations de brûlure, de l'agitation et de l'insomnie. Cet état nerveux prodromique peut devenir une mélancolie bien caractérisée, pendant laquelle le malade gémit sur son incapacité de penser, sur sa culpabilité, sur son absence de volonté, et manifeste le désir de mourir. Chez d'autres, ce sentiment d'incertitude intérieure se traduit au dehors par une conduite arrogante et des emportements furieux. D'autres enfin cherchent l'oubli dans l'ivresse; dans ce cas, le premier accès maniaque débute d'une manière particulière : les malades deviennent des dipsomanes. Ils s'enivrent sans pouvoir s'arrêter; l'alcoolisme vient encore diminuer leur résistance cérébrale déjà affaiblie; la sensibilité et l'irritabilité augmentent; à la moindre contradiction éclate la manie avec colère, la fureur. C'est *une* des formes cliniques du premier accès. Les symptômes sont ceux que nous avons déjà décrits; les malades sont exigeants, brutaux et violents; ils maltraitent ou menacent leur entourage, cherchent à allumer des incendies, détruisent avec rage; on croirait être en présence d'épileptiques. Ordinairement, un délire des persécutions, que le malade motive par des préjudices qu'il aurait supportés, accompagne cette convulsion psycho-motrice; mais on reconnaît bien vite la puérilité des motifs, et les explications se produisent seulement après l'accomplissement de l'acte, qui a été inconscient. Quand les circonstances sont favorables et que le malade a été placé dans un établissement d'aliénés, on voit souvent le calme se rétablir après un temps assez court, après quelques jours, par exemple; le malade n'a pas, au début, conscience de son affection, mais plus tard cette conscience existe presque toujours.

Dans d'autres cas, à une grande fatigue et à un épuisement qui dure plusieurs heures, succède une confusion intellectuelle soudaine, avec idées religieuses et illusions; elle est entrecoupée de phases lucides, pendant lesquelles le malade se plaint de lourdeur et d'engourdissement dans la région frontale. On peut même observer de la fureur, une rage de destruction, et tous les caractères de la manie

grave. Les erreurs des sens surviennent presque toujours très rapidement (le malade entend des injures, des obscénités; il sent des odeurs insupportables, voit des animaux qui grimacent, etc.) Plongé dans un véritable chaos d'idées, il n'est cependant pas incapable de toute réflexion; c'est là un fait important, qui montre nettement l'indépendance du délire intellectuel et du délire moteur, et qui indique déjà la dégénérescence psychique. A ce moment, il est impossible de fixer l'attention du malade sur n'importe quel sujet; son bavardage et son agitation durent jour et nuit. Une dépression douloureuse persistante et une angoisse stupide accompagnent parfois ces paroxysmes; les malades ont peur d'être tués, d'être étranglés; ils ne voient autour d'eux que des ennemis, et ils réagissent instinctivement. Assez souvent ces paroxysmes d'angoisse maniaque sont entretenus par des hallucinations de tous les sens (ces malades entendent des voix moqueuses; voient des toiles d'araignées et des immondices dans leurs aliments; du fumier dans leur lit, des serpents autour de leur cou, etc. Les onanistes ont, de plus, des sensations particulières dans les organes sexuels). Ils sont, dès le début, d'une brutalité excessive.

Il existe cependant des cas où, pendant l'acmé de l'accès maniaque, le malade perd le peu de réflexion qui lui restait; il est en proie à une confusion intellectuelle absolue, et il passe brusquement d'un état moral à l'état opposé; d'abord il est gai, expansif, il chante, il connaît tout le monde, et fait des plaisanteries triviales; puis tout à coup il s'emporte et devient violent; il injurie, hurle, menace, détruit; il est inabordable: il s'amuse à collectionner toutes sortes d'objets comme un enfant, joue avec les objets brillants qu'il peut trouver, grimpe partout, déplace les objets, fait les gestes les plus bizarres, fixe le soleil; il vit hors du temps et de l'espace.

La transition vers la période de calme peut être très brusque; d'autres fois, plus lente, elle est représentée par un stade d'idées ambitieuses (surtout religieuses) et de satisfaction personnelle. Tout le paroxysme maniaque présente le caractère du délire systématisé. Le malade est hautain; il se croit un réformateur, veut supprimer les chemins de fer, abolir les guerres; dans un discours confus, il parle d'Adam et d'Ève, de Lucifer, etc.; il interprète ce qui l'entoure d'après les illusions du moment.

Cependant une question posée avec insistance peut souvent le tirer de ces rêveries et de ces illusions. Si la fuite des idées est moins précipitée, (comme cela s'observe habituellement), le malade entremêle des versets de la Bible, des fragments de chansons, des proverbes, des préceptes, des souvenirs, des réflexions sur les choses les plus variées, telles qu'elles se présentent à son esprit; ce sont aussi des réflexions niaises, des allusions triviales, des sarcasmes. On voit s'entremêler sans se confondre des idées

sur le pays, sur les hommes, sur les lois, sur la religion, sur le coït, sur l'éducation des enfants, sur l'enseignement, sur l'économie rurale, etc.

Il existe une variété clinique intéressante, où le paroxysme est composé de *deux parties*, la première présentant le type de la manie grave, et la seconde celui de la manie douce (voy. la troisième forme). Parfois aussi les malades sont calmes et raisonnables pendant la journée, tandis que, pendant la nuit, le paroxysme reparaissant régulièrement, ils chantent, hurlent, et détruisent tout ce qu'ils peuvent atteindre. La phase mélancolique s'atténue parfois de la même manière; pendant le jour, le malade est plus calme, mais les rêves de la nuit ramènent les tourments et les remords de la phase initiale.

Telle est la *seconde* forme clinique.

La *troisième* forme revêt le caractère de la manie douce; le malade est expansif et satisfait; il fait toutes sortes de projets, combine des mariages, veut tout acheter, s'occupe d'inutilités, de collections; il est toujours affairé, et ne songe qu'à des niaiseries. L'état moral varie souvent, mais l'irritabilité prédomine. Ajoutez à cela une dialectique intarissable, des raisonnements toujours prêts à tout excuser, à tout justifier, une rage de démonstration, une manie de discuter : tel est le tableau clinique. Cet état persiste parfois pendant tout le paroxysme; d'autres fois il s'aggrave au bout de peu de jours. La physionomie devient égarée, l'œil hagard et brillant; le malade commence à gesticuler, remue la tête et les mains sans cesser un moment de parler; dans son discours, les idées se pressent en désordre; il raconte tout ce qu'il a sur le cœur, ne cache rien, parle à tout venant des connaissances (mêmes intimes) qu'il a pu faire, et il tombe dans un état d'agitation anxieuse s'il ne peut s'expliquer; il réprimande et conseille les personnes qui l'entourent, pose des questions bizarres, profère des sentences, récite des versets de la Bible, etc.; ou bien il récrimine et demande que justice lui soit faite, car il est une victime; il accuse les employés et ses parents, et il a toujours le dernier mot; il interprète tout à sa façon; il n'a jamais de tranquillité ni de sommeil. De même, chacun de ses désirs veut et doit être satisfait, même si le malade semble accepter les observations qu'on lui fait. C'est un bavard intarissable, qui juge tout et se fait l'avocat de tous. Son humeur est ordinairement insouciante, expansive, facilement cynique, ordinairement bienveillante. Des périodes de dépression se produisent par intervalles, c'est une sorte de détente; parfois même il existe alors une conscience partielle de la maladie. Plus tard, cet état maniaque peut aller jusqu'à la confusion intellectuelle; ou bien la lucidité persiste, et on voit se produire certaines perversions, par exemple le besoin de s'occuper d'une manière fort indiscrète des affaires des autres et de les juger moralement. La tendance érotique qui se manifestait au début

par la manie d'orner les vêtements, se montre plus ouvertement; puis elle prend la forme de nymphomanie et d'impulsions à se découvrir et à se masturber. L'irritabilité augmente à la plus légère contradiction; le malade s'emporte, profère les injures les plus grossières, brise et détruit. Son affection détermine un état continuel de mauvaise humeur. Il a souvent de brusques sympathies ou antipathies pour certaines personnes (femme ou mari).

Les symptômes de cette troisième forme sont souvent identiques, jusque dans les plus petits détails, à ceux de la phase maniaque de la folie circulaire.

L'intervalle lucide est atteint de différentes façons : dans un premier groupe de cas, l'excitation diminue progressivement; dans un deuxième, le paroxysme se termine par un stade hypochondriaque prolongé, où persiste l'exaltation (exagération des plaintes et des occupations puériles).

Dans un *quatrième* type, à la période d'excitation succède une phase prolongée de dépression psychique : l'exaltation motrice est suivie d'un arrêt moteur; alors réapparaissent quelques-uns des anciens symptômes. Le malade reste longtemps dans la même position, à la même place; il exécute brusquement certains mouvements, articule un mot, pousse un cri, éclate de rire, contracte son visage, puis retombe brusquement dans la torpeur primitive. Il peut, après cette phase, revenir à la première période d'excitation ou bien arriver brusquement ou progressivement à l'intervalle de lucidité (voy. plus loin).

A ces quatre types cliniques fréquents, on peut en ajouter un *cinquième*, que je voudrais appeler le type « juvénile »; il se développe surtout au moment de la puberté. Chez ces jeunes individus, on observe souvent un arrêt de développement des organes génitaux, de l'irrégularité dans la menstruation, parfois une légère hydrocéphalie; mais le développement peut être aussi régulier, il est seulement retardé : ainsi un adolescent de seize ans ne paraît âgé que de douze ans. Ces jeunes périodiques semblent présenter un trait clinique commun, un affaiblissement congénital moral et intellectuel; c'est une forme hébéphrénique; du côté de la motilité, on observe une tendance choréique (les gestes sont brusques, mal coordonnés; souvent les malades exécutent, comme des marionnettes, des mouvements associés), et cela sans que la chorée ait existé antérieurement. Les états cliniques de la phase maniaque varient pendant la marche de l'affection : à l'excitation légère succèdent brusquement la fureur, la confusion intellectuelle complète et des actes violents, réflexes.

Le malade ne peut pas rester tranquille une minute; il change à chaque instant ses jambes de place, tourne le corps, la tête, roule les yeux. Puis,

brusquement, il éprouve une impulsion à détruire (il casse une vitre, déchire, s'emporte; il se découvre cyniquement). La conscience est à peu près lucide, mais il existe un certain degré de niaiserie puérile et le malade distrait ne revient à lui que passagèrement, après une intervention extérieure intense; alors, assez souvent, au milieu de sa conduite bizarre, il répond avec justesse, fait de bonnes remarques, rappelle des souvenirs exacts. Souvent il est livré aux idées les plus folles; d'autres fois, il fait toutes sortes de grimaces et de contorsions des membres, puis, brusquement, il se laisse aller à un bavardage confus (citations, réminiscences; perceptions à peu près exactes ou erronées, où perce souvent une tendance ambitieuse); ce bavardage est interrompu par des éclats de rire, des chants, des sifflements, des injures, des hurlements de douleur. La plus légère contradiction suffit pour déchaîner la plus grande colère, pour déterminer une confusion complète dans cette intelligence qui avait tant de peine à se ressaisir elle-même; la fureur éclate, le malade ne peut plus trouver les mots; il pousse des cris convulsifs et gesticule automatiquement. D'autres fois, le trouble de la conscience est moindre. Ces jeunes malades, ces adolescents, se prennent pour les personnages les plus sensés et les plus instruits; ils parlent et raisonnent à perte de vue, censurent tout, prennent des poses prétentieuses et puérilement théâtrales; ils ne savent pas se diriger eux-mêmes, et sont toujours en contradiction avec le rôle qu'ils s'attribuent. Ces oppositions, ces prétentions juvéniles, cette puérilité caractérisent l'*hébéphrénie*, et donnent une physionomie particulière surtout aux jeunes malades du sexe féminin. Aux extravagances succèdent brusquement une docilité puérile; à l'arrogance et aux prétentions, un laisser-aller excessif, des gestes automatiques; les malades crient, hurlent, sont grossiers; malgré tout ce vacarme, ils sont pourtant doux et timides. Ils se montrent affectés et maniérés, puis on les voit s'agiter comme des marionnettes et piétiner sur place. Pendant les intervalles de tranquillité (et ceci est caractéristique), ils se livrent à toutes sortes d'enfantillages. La marche, ordinairement rémittente, dans ses aggravations ou ses améliorations, présente assez souvent le type menstruel. Ces tendances érotiques (grossières ou idéales) sont fréquentes; plus rares sont les hallucinations. Cet état peut aller jusqu'à une confusion intellectuelle complète mais passagère; les mots se suivent, reliés par des assonances; les actes sont automatiques et choréiformes. Le malade est ordinairement d'humeur irritable et méchante; ou bien il pleure et sanglote tout à coup, au milieu d'une gaieté apparente; d'autres fois il passe brusquement de la fureur à la satisfaction; plus rarement il plaisante, fait des espièglerie, manifeste toutes sortes de désirs, se vante lui-même. Pendant un même paroxysme, l'humeur du malade présente ordinairement deux périodes différentes : au début, c'est une exaltation expansive, plus tard une irritation douloureuse, ou encore une angoisse hypochondriaque exagérée par les motifs les plus futiles. Le type maniaque choréique de la phase initiale peut présenter pendant la marche un caractère maniaque typique (Moria). Très souvent il existe pendant toute la durée de l'accès un besoin effréné de masturbation.

Une autre forme de folie périodique chez les jeunes individus de l'un et

de l'autre sexe, est un délire systématisé démonomaniaque aigu, avec erreurs multiples des sens et réaction furieuse.

La phase maniaque se produit parfois très brusquement après une courte période de dépression, de paresse intellectuelle et de mutisme; d'autres fois il existe des prodromes; la transition vers la dépression est également très rapide. Dans une de nos observations, un malade refusait d'abord de parler, et ses doigts étaient agités de mouvements monotones; puis la phase d'apathie se produisait.

Les *intervalles* de lucidité sont, eux aussi, très différents; ils succèdent tantôt directement au paroxysme, tantôt à une phase de stupidité qui s'intercale comme période de transition (j'ai observé un stade intermédiaire, peu prolongé, de moria avec angoisse démonomaniaque). Dans le premier cas, le déclin est brusque ou progressif.

Quand la transition est progressive, on voit la conscience reparaître et lutter contre les impulsions pathologiques. Le malade cherche à retenir ce qu'il entend; il commence une réponse sensée et termine par un non-sens; il s'efforce de rester dans les limites de la raison, mais il est poussé à faire tout à coup un écart involontaire.

Les intervalles varient suivant le stade pathologique, suivant l'intensité du paroxysme maniaque, d'une façon générale, et d'après la nature particulière du cas pathologique. S'il s'agit du début de l'affection, s'il n'y a eu que peu de paroxysmes, ou s'ils ont été légers, les intervalles sont plus lucides. Au début de la maladie, on ne pourra pas distinguer ces intervalles des stades qui succèdent aux manies simples, de même qu'il sera impossible de dire avec certitude, après un premier paroxysme, s'il s'agit d'une folie périodique. On ne peut dire qu'il y a intervalle réel qu'après deux ou trois paroxysmes. Souvent, au début, on ne remarque rien d'autre qu'un simple état névropathique, comme cela existe dans la névrose héréditaire (qui prédispose aux manies périodiques). Cependant l'accès laisse ordinairement quelques traces, telles que: une méfiance exagérée, la conviction que garde le malade d'avoir supporté un préjudice, une irritabilité et une émotivité anormales. Puis ces traces elles-mêmes disparaissent, et la santé semble parfaite. Mais, à un examen attentif, on remarque qu'il existe une certaine torpeur psychique, peu marquée il est vrai, et qui se manifeste à l'occasion de tout travail intellectuel; ou encore ce sont des raisonnements continuels pour expliquer et justifier les actes accomplis pendant l'accès. Le malade ne se rend pas exactement compte de son affection, mais il sent qu'il a été malade. La tendance aux excès alcooliques de la phase maniaque a disparu, pour faire place à une sobriété excessive; cependant il y a des cas (dans la quatrième forme) où, pendant l'intervalle, on voit se produire une exagération des

appétits vénériens ou bachiques; c'est là une réaction contre le sentiment de faiblesse. Avec l'aggravation, la durée plus longue et le nombre plus considérable des paroxysmes, la situation psychique, pendant l'intervalle, se modifie et présente un caractère pathologique plus marqué à chaque nouvel accès. C'est surtout la sphère du sentiment qui est atteinte; il existe un émoussement toujours plus considérable des sentiments moraux élevés (sentiments religieux et sentiments esthétiques), puis des sentiments sociaux. Des hommes dont les sentiments étaient élevés deviennent grossiers; ils font des platitudes ou bien deviennent indifférents et n'ont plus de compassion; ce qui est noble et beau n'existe plus pour eux. Des jeunes gens deviennent indifférents envers leur famille et leurs amis, ou même perdent tout sentiment de respect filial. En même temps, l'énergie intellectuelle s'affaiblit, mais d'une manière inégale (car le manque de parallélisme est ici la règle), et, dans les cas graves, la démence se produit.

Si, au début, l'affection était déjà arrivée au degré de la manie grave, l'intervalle représente alors un état d'épuisement cérébral aigu; le malade ne sait plus où il se trouve, il est incapable de prendre la moindre détermination; sa conduite est sans but et il ne se rétablit qu'avec peine, et lentement.

La durée de l'intervalle varie suivant les cas. Ordinairement elle est proportionnelle à l'accès qui a précédé; mais ce n'est pas là un fait constant (voy. plus loin).

Le souvenir est tantôt sommaire ou même absent, tantôt il est fidèle jusque dans les plus petits détails; il est cause de nouveaux remords pour le malade, auquel il inspire un sentiment de honte et de confusion; les natures délicates évitent alors, pendant plus ou moins longtemps, de fréquenter les personnes de leur entourage habituel.

La marche de la maladie une fois constituée se compose d'accès maniaques à récidives, séparés par un intervalle plus ou moins long; ces paroxysmes successifs présentent certaines différences cliniques:

1° Ces accès peuvent être uniformes et réguliers; l'accès reproduit exactement les symptômes de l'accès qui a précédé; le début, surtout, est stéréotypé, de telle sorte que le malade attentif peut prévoir son accès.

J'ai observé un de ces périodiques qui était averti de l'explosion de son accès de manie par la présence d'un oiseau gris qui lui apparaissait tout à coup. Pour s'assurer de la réalité de ce symptôme (car peu à peu il était arrivé à en reconnaître l'importance), il cherchait à prendre cet oiseau avec sa casquette; mais l'oiseau était insaisissable, bien qu'il restât toujours auprès de la casquette. Il savait alors ce qui allait arriver, rentrait chez lui, mettait en ordre sa maison et réclamait son admission dans l'asile d'aliénés. D'autres malades se mettent à chanter, à faire de la mu-

sique, à dessiner; ou encore ils exagèrent tout à coup leurs exercices de piété. D'autres deviennent impressionnables, se plaignent de tout, sont exigeants, et répètent d'une manière stéréotypée toutes sortes de demandes auxquelles ils n'avaient jamais pensé auparavant. Quelques-uns se lamentent, sont anxieux, inquiets; puis, brusquement, ils frappent du poing la table ou poussent un cri, ce qui annonce le changement brusque qui va se produire. D'autres, enfin, se mettent à boire. Un de nos malades, avant le début du paroxysme, mettait une petite plume à son chapeau; elle était presque invisible, mais ce signe insignifiant était plein de graves présages.

Une observation prise sur lui-même par un médecin, est particulièrement intéressante : au début de l'accès, il lui semblait sentir et voir son lobe frontal, qui était le siège d'une tension pénible. Son état moral devenait tout différent; il éprouvait un besoin pathologique de bavarder et de raconter mille détails insignifiants, puis il devenait querelleur, voulait toujours avoir raison; son irritabilité augmentait; il survenait une hyperesthésie de l'ouïe; de l'insomnie et, pendant le jour, un état de rêve; douleurs de tête « psychiques », et non périphériques. Puis c'était un sentiment de bien-être; sa puissance de travail était plus grande; de temps à autre, obsessions pénibles (il lui semblait qu'il était décapité et que sa tête était jetée dans les cabinets d'aisances); ce sentiment de dédoublement de sa personnalité persistait pendant tout le paroxysme. Pendant l'intervalle, il n'était pas redevenu normal; à l'état de veille, il ne sentait aucune modification psychique, il éprouvait seulement une légère fatigue; mais son sommeil était modifié; c'était une sorte particulière de sommeil, pendant lequel il ne rêvait pas, mais il pensait en dormant; tandis que dans le sommeil normal la personnalité disparaît, c'était pour lui (dans l'intervalle) juste le contraire : il se voyait toujours affairé.

2° Le paroxysme suivant peut présenter les mêmes caractères, mais à un degré différent; une manie grave peut suivre une manie douce, et inversement. Ordinairement, mais ce n'est pas là un fait constant, les caractères cliniques *s'aggravent* avec le retour des accès.

Alors (*a*) le trouble de la conscience peut augmenter à chaque accès; la marche précipitée des idées amène la confusion intellectuelle; des épisodes de délire avec hallucinations se produisent. (*b*) Le caractère de dégénérescence morale de la manie s'accentue (voy. *Manie dégénérative*). (*c*) Aux symptômes maniaques s'ajoutent des bouffées toujours plus nombreuses de délire systématisé secondaire. Outre l'exaltation motrice, les chants, les cris de joie, ce sont des cris inarticulés d'animaux (aboiements, hennissements). L'affairement maniaque du début et les actes bien coordonnés sont remplacés par des mouvements impulsifs et automatiques ; le malade piétine sur place, danse en faisant les gestes les plus bizarres, frotte le sol avec les pieds, écarte brusquement les jambes et reste dans cette position; puis il se sauve en gambadant quand on s'approche de lui; il se balance de côté comme s'il voulait se laisser tomber; ses paroles sont niaises, il dénature les mots avec intention, et rit d'un rire moqueur. Plus tard l'association d'idées est tout à fait inexplicable.

Parfois, il y a aussi des bouffées de délire des persécutions, à forme hypochondriaque.

Les intervalles lucides présentent plus tard des traces plus importantes de tare psychique; les malades ne deviennent plus des convalescents; ils sortent bien du paroxysme, mais ils conservent, dans les cas favorables, une torpeur psychique; ils retournent chez eux, mais retombent dès qu'ils sont aux prises avec la réalité; ils ne peuvent plus s'occuper de leurs affaires comme autrefois, et doivent même les abandonner totalement; ils ne se trouvent plus bien dans leur famille, qui leur est devenue étrangère. A l'asile, ils passent d'un paroxysme à l'autre sans témoigner ni intérêt ni désirs et sans se plaindre; ils ne se livrent qu'à des occupations mécaniques. D'autres, mais cela est plus rare, peuvent prolonger leur intervalle de lucidité en évitant toute excitation, et atteindre ainsi un certain niveau d'activité psychique. Lorsque, après la manie, il existe une irritabilité plus grande, l'intervalle de tranquillité est souvent brusquement interrompu par un nouveau paroxysme.

Si les accès ont été longs et répétés, ce paroxysme se produit d'autant plus facilement. Au début, il fallait un choc moral; maintenant la plus légère contrariété, un mot désagréable et même une simple modification dans la réglementation de la journée (une fête, une visite, une promenade plus longue que de coutume, un verre de vin en trop, un malaise corporel) suffisent pour déchaîner le paroxysme. Le peuple admet l'influence des phases de la lune (voy. plus loin), mais parfois il est impossible de découvrir la plus petite cause; l'accès éclate après un intervalle plus ou moins long, comme « si le vent l'avait apporté », et il se termine comme « si l'on tirait un voile ». Un paroxysme maniaque prend parfois la forme rémittente et se compose d'une série d'accès isolés, durant de deux à trois jours, et séparés par des intervalles de calme.

L'intervalle lucide peut durer, dans certains cas, une ou plusieurs années, et l'on pourrait croire à une *guérison relative;* mais une rechute est toujours à craindre, et même après dix années on peut la voir se produire. Cependant il y a des guérisons réelles et durables (Kirn) : ce sont surtout les paroxysmes maniaques intenses *de courte durée* qui ont cette terminaison favorable.

Mais c'est un fait très rare; aussi faut-il être prudent en formulant le pronostic. – Chez un malade que j'ai observé, des accès périodiques, durant deux et trois semaines, disparurent; à la place de l'intervalle lucide, il existait une irritabilité coléreuse; puis ce fut un délire systématisé, avec idées soudaines et impulsions perverses, terminé par une démence apathique définitive. — J'ai vu un de ces malades, atteint d'une fièvre typhoïde, guérir en même temps, et d'une façon progressive, de cette affection et de sa psychose. — J'ai vu aussi

une manie périodique typique (avec *moral insanity*) se transformer en une *mélancolie périodique* et se terminer par la guérison. Le pronostic des folies périodiques chez les jeune gens paraît être plus favorable (voy. plus loin).

La manie périodique, si elle ne guérit pas, peut durer des années et même toute la vie. Lorsque les circonstances sont favorables, les accès deviennent plus rares et moins intenses à mesure que le malade avance en âge; mais ce n'est pas la règle, et de nombreux malades, après un dernier paroxysme, deviennent des maniaques chroniques.

Les symptômes *somatiques* concomitants sont ceux de la manie. Le poids du corps présente les mêmes variations que dans la manie ordinaire. Au début du paroxysme, il existe fréquemment une congestion céphalique intense, avec somnolence; le regard est très caractéristique, les yeux deviennent hagards.

Les paroxysmes de courte durée se terminent assez souvent au moment de la réapparition des règles. Pendant le paroxysme, la face est congestionnée, boursouflée et chaude; plus tard elle est pâle, les pupilles sont contractées, on observe du strabisme; dans les paroxysmes maniaques violents, l'excrétion des urates augmente, et l'irritation du col de la vessie cause parfois de l'excitation sexuelle (onanisme).

b) *Les mélancolies périodiques* n'ont pas des caractères cliniques aussi nets que les manies, qui peuvent être diagnostiquées avec probabilité dès les premiers accès. Les caractères nosologiques généraux sont ceux de la manie : prédisposition héréditaire fréquente; début brusque et déclin rapide; ces derniers caractères deviennent plus nets avec la répétition des accès (la veille, le sujet est bien portant, le lendemain il est en plein accès). Les formes cliniques sont : la mélancolie agitée et la mélancolie tranquille ou passive; toutefois les erreurs des sens et les idées délirantes font ordinairement défaut : ce sont des états de dépression avec incapacité d'agir, aboulie; le malade reste couché, soupire toute la journée, néglige les soins de toilette. Parfois se produit consécutivement un délire de culpabilité, sous la forme de résignation douloureuse, ou, plus rarement, sous la forme de mélancolie active, avec angoisse, tentatives de suicide et refus d'aliments. Comme symptômes somatiques, on observe de l'anémie avec des troubles gastriques, ou (dans les formes agitées) des congestions céphaliques avec troubles vasculaires et névralgies.

Le poids du corps diminue constamment. Les accès chroniques et à longue durée se présentent seulement sous la forme (*a*) d'une angoisse continue, sans idées délirantes ou avec préoccupations hypochondriaques (crainte de ne pas guérir, tourments pathologiques); ou bien (*b*) c'est un mécontentement persistant à propos de tout, de l'entourage, de la nourriture, des vêtements, du service, et qui est

causé par le malaise intérieur. Il n'y a pas de *moral insanity*, de méchanceté, de besoin d'intriguer, etc., comme cela se voit dans les états maniaques prolongés. La conscience reste lucide, le malade se montre reconnaissant et prévenant. Ce n'est qu'avec l'affaiblissement psychique, produit par la répétition des accès, que se montre l'égoïsme.

L'accès est suivi d'un intervalle de calme, pendant lequel le malade fait preuve d'une activité plus normale et plus longtemps conservée qu'après l'accès maniaque; ou bien il existe une période d'exubérance vitale et d'hyperactivité, mais c'est là simplement une réaction naturelle. Le début du paroxysme présente souvent la même régularité, pour ainsi dire « astronomique », que dans les manies périodiques; beaucoup de malades peuvent prévoir sûrement qu'ils retomberont dans leur état de dépression à tel mois, au début de l'été, etc. Souvent une disposition pathologique latente persiste, et c'est sous l'influence d'une cause extérieure quelquefois insignifiante (fêtes, visites) qu'elle devient active. La marche ressemble à celle des manies périodiques. Certaines mélancolies se reproduisent pendant toute la vie, mais rarement avec des accès toujours semblables; d'autres fois, les accès s'atténuent et durent plus longtemps, ou encore ils deviennent moins graves et moins longs. Mais ordinairement ils vont en s'aggravant; la forme apathique simple, qui durait au début quelques mois, devient une folie chronique avec hallucinations, idées obsédantes et impulsions au suicide, ou avec des bouffées de délire des persécutions ou de délire ambitieux; le malade prend de l'embonpoint. Certaines formes, et surtout les formes juvéniles, peuvent guérir à une période avancée de la vie.

Nous avons parlé déjà (p. 56) de la forme grave des mélancolies chroniques avec atrophie cérébrale, qui présentent surtout une marche périodique et qui s'aggravent à chaque nouvel accès.

Folies circulaires.

Au point de vue de la prédisposition pathologique et du développement de l'affection, ces folies ressemblent aux psychoses périodiques. L'hérédité n'est pas toujours représentée par une simple prédisposition, mais aussi par une tare véritable avec stigmates accusés, et qui est constatée avant le début de la maladie. Lorsque la manie périodique succède à l'émotivité et à l'irritabilité existant déjà dans le caractère héréditaire dont elle n'est, en quelque sorte, que le développement pathologique, la folie circulaire prend naissance dans le trouble fonctionnel nerveux de la névrose héréditaire « convulsive », qui passe de l'exagération fonctionnelle à l'épuisement anormal, oscillations perpétuelles qui remplacent un fonctionnement continu. Cet état de

convulsion et d'épuisement est physiologiquement analogue à l'exaltation et à la dépression que nous rencontrerons plus tard; les deux phases alternantes deviennent, en pathologie, une manie et une mélancolie. La psychose circulaire se manifeste parfois déjà à la puberté, l'enfance et la jeunesse ayant présenté ces variations, dont nous venons de parler, de l'énergie nerveuse et des dispositions morales. Cette « invalidité » dans le fonctionnement nerveux peut aussi être *acquise*, mais cela est plus rare : elle se montre alors, sans prédisposition héréditaire, après des émotions morales, des états d'anémie ou de cachexie; ou bien elle constitue un stade, passager ou durable, dans certaines neuropsychoses constitutionnelles, de nature hystérique et épileptique.

On peut aussi rapporter à cette genèse certaines mélancolies dont nous avons déjà parlé, qui n'étaient pas cycliques dès le début, mais se terminaient par une manie, après laquelle l'état redevenait normal pendant des années; puis les mélancolies se reproduisaient plus tard d'une manière cyclique. Ajoutons que ce type acquis, cyclique, peut se terminer après un certain nombre d'accès par une guérison définitive.

Il est intéressant de noter qu'une psychose cyclique peut succéder à une psychose périodique (voy. plus haut). Certaines manies périodiques sont caractérisées par un mélange de dépression profonde et d'exaltation, qui se succèdent au bout souvent de quelques heures. La différenciation de ces deux états opposés d'humeur peut s'accentuer et donner lieu à une forme *alternante* (circulaire).

L'alternance entre la convulsion et l'épuisement se retrouve parfois dans une psychose déterminée et persistante; alors on n'observe plus une entité pathologique à type clinique double, mais simplement une modification de la marche; cela est surtout fréquent dans certains états de dépression. On appelle cette marche « type alternant »; ainsi l'état psychique d'un mélancolique est plus troublé un jour, et moins le lendemain. Cet état peut durer des années et être un symptôme d'incurabilité (voy. plus loin); mais le type alternant peut aussi être passager et accompagner certains stades de convalescence, et dont le pronostic est favorable (comme certains états séniles).

La *folie circulaire*, dans sa forme typique, présente : 1° une phase d'exaltation; 2° une phase de dépression, et 3° l'intervalle. Comme phase d'exaltation, la manie est la forme clinique la plus fréquente, puis le délire ambitieux exalté. La phase de dépression offre toujours le tableau clinique de la mélancolie. A côté de ces deux groupes, il en est un troisième, où un stade est représenté par un état de stupeur avec excitation, et l'autre par un état de dépression et d'apathie. L'intervalle peut être une période nettement « normale » ou n'être qu'une forme affaiblie de la phase pathologique qui a précédé

(mélancolie ou manie); assez souvent, surtout lorsque les paroxysmes se succèdent rapidement, l'intervalle peut être supprimé, et le stade maniaque succède directement au stade mélancolique, ou inversement. D'après cela, Baillarger distingue : 1° une folie à double forme, et 2° une folie circulaire proprement dite. La combinaison ou la succession de ces états psychiques est variable: la mélancolie ou la manie peut ouvrir la scène, mais l'accès initial semble être plus fréquemment de forme mélancolique.

D'après mes observations, lorsque la mélancolie était le stade primitif, le premier accès mélancolique était souvent plus intense que les accès suivants; pourtant l'intervalle qui succédait à ce premier accès mélancolique n'était ni plus long ni plus lucide que les autres. Un paroxysme maniaque peut suivre directement l'accès mélancolique, et l'intervalle survient alors, comme troisième période (voy. plus loin).

L'une ou l'autre de ces phases peut être prédominante. Par exemple, on observe souvent un stade mélancolique très intense et un stade maniaque beaucoup plus léger; d'autres fois, c'est le stade maniaque qui revêt un caractère particulier de gravité, tandis que la mélancolie est peu marquée. Les deux phases peuvent aussi présenter une intensité égale. Ces différentes modifications peuvent apparaître pendant la marche d'un même cas pathologique.

Le début est tout aussi variable; on peut dire cependant que, dans les récidives, l'explosion de l'accès est plus facile. Dans les paroxysmes ultérieurs, le début se produit au bout de peu d'heures, pendant la nuit, parfois même plus rapidement (*en quelques minutes* dans les cas de stupeur circulaire); tandis que le premier accès, au contraire, qu'il soit maniaque ou mélancolique (mais surtout l'accès mélancolique), est préparé longuement.

Dans une autre variété, *au début* de l'affection, la phase maniaque est brusquement remplacée par la phase dépressive; *plus tard*, inversement, à la phase dépressive succède brusquement la phase exaltée; alors cette phase maniaque s'atténue peu à peu, et l'intervalle se produit pour faire place lui-même, peu à peu, à la dépression.

SYMPTOMES CLINIQUES.

a) *Manie circulaire.* — Elle peut être, comme la manie périodique, légère ou grave; mais tandis que, pour cette dernière, les formes graves sont les plus fréquentes, c'est l'inverse qui se produit pour la manie circulaire. La *manie douce* est le type caractéristique, et elle présente les mêmes caractères cliniques que dans la forme périodique. Cependant, comme appartenant en propre au mode circulaire, on

rencontre un type si atténué de manie « portant sur l'intelligence et la volonté », qu'on pourrait l'appeler *mania mitissima* Les malades ont un sentiment légèrement exagéré de leur personnalité ; ils sont plus entreprenants, plus aimables et plus gais. Ils éprouvent un sentiment de bien-être qu'ils n'avaient jamais ressenti, semblent plus jeunes, mieux portants, et vantent à chacun leur belle santé. Tout ce qu'ils font présente, à leurs yeux, une importance considérable pour l'humanité ; ils veulent se faire passer pour des hommes d'une grande intelligence. D'autres aiment à faire entendre leur voix. Les femmes font étalage de toutes sortes de talents cachés jusqu'alors ; elles aiment à s'occuper sans cesse de fleurs et de toutes sortes d'objets de toilette en les disposant souvent d'une manière fort originale. Elles mettent des fleurs dans leurs cheveux, se fardent ; leurs toilettes sont toujours originales et excentriques. Les hommes recherchent les jouissances et les distractions (ils fument constamment, jouent au billard) ; leurs lettres sont remplies de détails infinis : ils oublient souvent la ponctuation, surchargent leurs lettres et écrivent même en travers. D'autres voyagent continuellement sans ressentir aucune fatigue ; ou bien l'excitation du début revêt un caractère érotique ; un vieux célibataire devient galant, une femme arrivée à l'âge de la ménopause fait de la toilette, devient coquette et perd toute retenue. Presque toujours, il existe aussi certaines lacunes morales peu marquées, mais constantes dans les états périodiques et circulaires. L'embarras des autres personnes fait plaisir à ces malades ; ils aiment à contrarier, critiquer, importuner les personnes qui les entourent ; ils sont satisfaits d'eux-mêmes, et se montrent parfois de très grands égoïstes ; ils sont menteurs : tels sont les traits dont la combinaison constitue cette forme très douce de manie, et qui restent quelquefois cachés, parce que les malades savent dissimuler et faire de spécieux raisonnements. Bien des individus atteints de folie circulaire à forme légère n'entrent pas dans les asiles ; ils restent pendant des années et même toute leur vie dans leur famille, sont des savants ou des artistes bizarres, qui passent périodiquement par des phases de grande activité, puis de misanthropie avec perte de volonté ; par suite, ils n'arrivent jamais à rien, quoiqu'ils puissent être remarquablement doués. Si les symptômes s'aggravent, la manie douce à forme périodique se produit.

Le diagnostic de la manie douce circulaire repose sur des traits de *moral insanity* avec irritabilité ; l'excitation porte inégalement sur l'intelligence et sur la volonté : dans les formes circulaires (et périodiques) le délire des actes prédomine sur le délire des idées.

L'état moral est changeant ; le malade est ordinairement de bonne

humeur (mais il a aussi des moments de désespoir « parce qu'il est profondément malheureux »); il aime à contrarier; mais est lui-même très impressionnable, se froisse et s'irrite facilement.

Cet état est rarement persistant; l'excitation se termine rapidement, et l'on voit s'établir un état expansif avec bavardage confus; les dispositions morales du malade sont très variables; il manifeste toutes sortes de désirs et il est très irritable, il se sert de mots grossiers, ne supporte rien, a tous les jours de nouveaux besoins; il est futile et tombe pour une niaiserie dans des accès de colère : c'est là *un* des tableaux cliniques.

Une *autre* forme est analogue à la forme grave de la fureur périodique; c'est une manie générale, intense, avec besoin excessif de mouvement (le malade est constamment occupé d'inutilités; il frotte les murs, agit d'une manière impulsive, saute, fait des mouvements de gymnastique, détruit, etc.); les paroles se pressent en désordre ; il est rempli de satisfaction et se vante sans cesse, puis il récrimine, menace, injurie, demande grossièrement sa sortie, etc. On retrouve ici également, et surtout dans les périodes avancées de l'affection, des traits de *moral insanity*, tels que méchanceté pathologique, cynisme, etc., comme dans la manie dégénérative (voy. *Moral insanity*).

b) Le *délire systématisé circulaire* présente un caractère expansif (religieux ou politique); il ne renferme pas d'idées de persécution, ou seulement des idées très vagues de cette nature.

Ordinairement, il est précédé par une période d'excitation maniaque; le malade fait des emplettes de toutes sortes, boit, plaisante sans cesse et se vante de sa grande fortune. Bientôt il parle d'une mission secrète; il a été accrédité secrètement auprès d'un prince; il est un agent diplomatique, appelé à jouer un rôle très important; il montre toutes sortes de décorations, qu'il a achetées, pour confirmer ses allégations; il débite une foule de romans sur ses anciennes missions et sur les services politiques importants qu'il a rendus; mais il ne fait pas ces confidences à la première personne venue (comme le maniaque et le paralytique); il choisit les gens auxquels il veut communiquer ses secrets. Bientôt il saura faire concorder tous les événements avec ses idées délirantes fixes, et, même lorsqu'il paraît vouloir rester à l'écart, il est toujours prêt à se servir de documents couverts d'emblèmes et de cachets, et qu'il fabrique lui-même. Convaincu de la réalité de ses conceptions délirantes, il écoute en souriant les objections qui peuvent lui être faites, et finit par faire partager sa conviction à son entourage. S'il apprend par le journal la mort d'un grand personnage, il prend aussitôt des vêtements de deuil; si la situation politique est tendue, il disparaît tout à coup pour quelques jours, puis on le voit revenir avec un bras en écharpe : il avait été appelé en duel par un adversaire politique, il a été blessé au bras et il montre une cicatrice, ou un panaris récent.

Il est intéressant de constater un dédoublement de la conscience dans

beaucoup de ces phases pathologiques. Tout en ayant recours, pour appuyer ses romans, aux sophismes les plus faux, il peut remplir ses occupations habituelles, rester avocat par exemple, et même plaider. En ce qui concerne la conscience pathologique, je puis citer l'observation d'un malade très intelligent, qui se promenait couvert de décorations; rencontrait-il un de ses supérieurs, avant de le saluer, il fermait son vêtement pour cacher toutes ces décorations qu'il n'avait pas le droit de porter, puis il les étalait de nouveau lorsqu'il était seul. Ces malades se font bientôt reconnaître par l'exagération et la prodigalité de leurs dépenses, ils portent toutes sortes d'uniformes, mais ils savent garder encore une certaine retenue. Avec leurs subordonnés et avec leur famille, ils se montrent durs et grossiers.

Cet état dure des semaines ou des mois, pour faire place lentement, ou parfois brusquement, à la phase *opposée* (comme dans la forme (*a*)).

Cette phase peut être, comme nous l'avons indiqué au début, (α) une mélancolie, ou bien (β) un intervalle, suivi d'un stade dépressif. Avant que la mélancolie se produise, on a pu la pressentir plusieurs semaines auparavant; le maniaque se mettait brusquement à pleurer sans motifs, ou se lamentait pendant des heures sur sa triste destinée.

α) La *phase mélancolique* est conforme au type de la mélancolie habituelle. Le type est même rarement aussi pur dans la mélancolie simple. La forme passive est la plus fréquente; les malades fuient toute société, se desespèrent, parlent peu et sont toujours hésitants; tout leur est indifférent; leur vie intellectuelle est en quelque sorte automatique; dans toute occasion, ils laissent paraître une certaine fatigue psychique : c'est une absence d'énergie, un état d'affaiblissement et de perplexité. D'autres restent immobiles comme des statues, ils répondent à peine, soupirent, versent des larmes abondantes, ont besoin d'une impulsion étrangère pour accomplir les moindres choses, et résistent parfois violemment quand on les pousse à un acte quelconque. Pendant leur état d'excitation, ils chantaient à tue-tête; maintenant ils ne parlent plus qu'à voix basse, à peine perceptible. Plusieurs refusent les aliments, ou ils ne les prennent que si on les y force. D'autres encore sont d'une sensibilité excessive, se froissent pour les moindres choses et pleurent quand on leur adresse la parole. Ils se plaignent surtout de « l'absence de volonté qu'ils ressentent douloureusement; ils sont inutiles tandis que les autres travaillent; ils sont sans force et sans volonté. »

C'est ce que l'on observe surtout pour les occupations journalières, que les malades sont devenus incapables de remplir, tandis que, pour une détermination plus importante, ils sauraient encore ressaisir passagèrement leur énergie.

Ils ont un sentiment de vide dans la tête, les idées ne se produisent

plus ; ils ressentent une faiblesse et une impuissance psychique absolues. Toute leur intelligence est remplie de la douleur que leur inspire leur situation misérable ; désespérés, ils n'attendent plus rien de l'avenir ; tout est fini pour eux, et ce sont leurs fautes qui les ont conduits à cette extrémité. D'autres sont plus prosaïques dans leur désespoir : ils sont ruinés, ils ont perdu toute leur fortune par leur faute ; peu de jours avant leur accès mélancolique, ils jonglaient avec les millions, et maintenant ils comptent les pommes de terre qu'ils mangent à leur repas.

Très souvent, cette dépression douloureuse s'accompagne de sensations nerveuses multiples, de névralgies et de malaises neurasthéniques (serrement de tête, grande fatigue, palpitations). Ces sensations ne sont pas seulement pénibles, elles sont de véritables tortures, « une douleur qui n'est pas naturelle » ; elles justifient les craintes les plus exagérées.

Les formes actives de mélancolie présentent les variétés déjà connues des manifestations motrices produites par les remords, par les reproches de toutes sortes que les malades s'adressent à eux-mêmes. Dans leur délire de petitesse, ils se reprochent d'être des avortons, des monstruosités de la nature ; ils se mordent les doigts, s'arrachent la figure, et cherchent de toutes les manières à se faire du mal. Plusieurs rampent le long des murs, courbés, se lamentent et gémissent. On observe toutes les variétés de ce type ; un peu avant la phase maniaque, on voit souvent aussi de *très légers* états de dépression, pendant lesquels les malades sont d'une sensibilité excessive et d'une grande minutie, dociles d'ailleurs, et acceptant la direction et les soins nécessaires, qu'ils sollicitent même incessamment. Tantôt ils se plaignent sans cesse, tantôt ils se montrent irrités contre eux-mêmes et contre leur entourage ; il faut avoir beaucoup de patience avec de tels malades (ils se plaignent que la nourriture est indigeste, que l'air est trop lourd, qu'il y a trop de bruit dans l'établissement, qu'on ne les traite pas avec assez de considération, que les prix de pension sont trop élevés, etc.).

A côté de ces traits communs, ces mélancolies circulaires présentent certaines particularités symptomatologiques qui les distinguent des autres types de mélancolie : 1° on n'observe presque jamais d'hallucinations réelles, mais tout au plus des pseudo-hallucinations passagères ; 2° on y trouve très souvent des bouffées de délire systématisé, interprétations délirantes, idées de persécutions avec tendances romanesques comme dans la folie hystérique) ; 3° il existe des caractères de folie morale (mélancolie dégénérative) : le sentiment douloureux intérieur pousse le malade à tourmenter et à accuser les personnes qui l'entourent ; il menace de se suicider, a des accès de rage, etc.

Assez souvent, un paroxysme mélancolique peut être interrompu par une émotion morale brusque (si par exemple le malade apprend la mort d'un parent).

β) *L'intervalle* peut présenter *trois* formes différentes : 1° la phase pathologique diminue, en conservant les caractères atténués de la mélancolie ou de la manie, mais la lucidité est plus grande et se rapproche de l'état normal; 2° l'intervalle est un stade de torpeur psychique, sans autres caractères. La personnalité du malade est vague, affaiblie, moins nette; les fonctions psychiques sont lentes, s'accomplissent avec un sentiment de fatigue; le malade n'a plus d'initiative, il est indifférent, engourdi et légèrement déprimé; sa conduite est gauche et embarrassée, ses actes sont pénibles, sans énergie, et vite terminés par suite de l'épuisement. Si un intervalle de cette forme suit immédiatement l'accès maniaque, il présente souvent un caractère mélancolique net (voy. plus haut), parce que le malade se repent, a honte de ce qu'il a fait pendant l'accès de manie (dont il a un souvenir très exact); il est alors difficile de reconnaître si cette phase représente l'intervalle ou l'accès mélancolique. L'ancienne personnalité se rétablit peu à peu, après des mois, mais sans atteindre l'intégrité et l'activité intellectuelle d'autrefois. Le malade conserve une certaine torpeur; dans cet état, il se rappelle sa maladie et reste anxieux en face de l'avenir; 3° il existe enfin un troisième type; le malade, dans la phase tranquille, est devenu un homme nouveau, il ne conserve pas de souvenir attristant de l'exaltation passée. Ce souvenir revient avec la période suivante d'excitation, et il est alors d'une fidélité scrupuleuse : c'est un dédoublement de la conscience, comme dans certaines mélancolies alternantes.

Lorsque l'affection est définitivement constituée et que les phases sont bien caractérisées, la *marche* n'est plus que la répétition de ce cycle.

Nous avons déjà vu que la succession des différents accès peut varier comme leur durée et leur début (voy. plus loin).

La terminaison peut se produire de différentes manières :

1° Le cycle morbide persiste pendant toute la vie, ou pendant la plus grande partie de la vie.

Il faut se rappeler que les épisodes maniaques et mélancoliques, dont l'alternance est si bien caractérisée au début, deviennent parfois beaucoup moins nets pendant la marche de l'affection, et qu'ils peuvent se transformer l'un dans l'autre en présentant toutes sortes de modifications. Ainsi, à la place du type dépressif, on peut voir se produire un état de détente et de fatigue, pendant lequel le malade juge et critique les actes qu'il a pu commettre dans la période d'excitation; ou encore, on peut observer comme une parodie de la phase précédente : l'exaltation se traduit par une activité

désordonnée et un besoin de faire toutes sortes d'excentricités; le malade (qui est *réellement* dévoyé) s'efforce de faire les choses les plus bizarres en présence d'autres personnes, et il répète ces actes dans la phase suivante de torpeur; il se laisse habiller, déshabiller, alimenter, et, au lieu de parler, gesticule comme un muet. Dans ce cas, on voit se produire plus tard une confusion générale de l'intelligence (le malade rit et parle tout seul, prend des attitudes bizarres, fait des mouvements automatiques); enfin une démence apathique termine l'affection.

2° Dans les circonstances favorables (et surtout si le malade est traité dans un asile) l'intervalle peut se prolonger toujours plus et prendre le caractère d'un affaiblissement psychique lentement progressif, avec tendance persistante aux récidives.

3° Un état durable de manie ou de mélancolie peut se produire, et se terminer par la démence. La manie passe dans une forme dégénérative chronique (voy. *Folie morale*); le délirant systématique expansif devient un réformateur et un processif, même dans l'asile d'aliénés; mais, dans ces deux cas, on peut aussi voir s'établir une mélancolie chronique; le malade reste au lit pendant des années, pleure quand on lui parle, évite avec angoisse l'approche d'autres personnes; il est à la fois insensible et hyperesthésié; il se crée mille occupations égoïstes, néglige tous les soins de propreté; il finit par se calmer et s'accommoder à son existence. Les affections, l'intelligence, le jugement peuvent être conservés, et contrastent avec l'absence de volonté qui se manifeste toutes les fois qu'il s'agit d'un acte qui sort des occupations journalières. Le malade comprend son état, mais les exhortations ne servent qu'à le faire pleurer davantage. Cette terminaison est, si l'on veut, une variété de *mélancolie dégénérative* (voy. p. 290).

4° Enfin la *guérison* peut se produire.

C'est une terminaison extrêmement rare, mais d'autant plus remarquable qu'on peut l'observer même dans la folie circulaire classique (avec début par manie et *moral insanity*) et dans des cas où l'hérédité est manifeste.

c) *Stupeur circulaire.* — Je comprends sous ce nom un groupe de psychoses cycliques, dont les paroxysmes consistent dans la succession d'une phase de stupeur avec agitation et d'une phase de stupeur avec asthénie, suivies de l'intervalle lucide. Ce groupe se différencie des précédents par la *durée relativement courte* des accès et de l'intervalle (de quelques jours à une ou deux semaines), et par la transition remarquablement brusque d'une phase à l'autre (elle se produit pendant que le malade parle ou marche). La phase de stupeur avec excitation présente le caractère de la manie stupide avec trouble profond de la conscience et raptus soudains; c'est une première variété. Ou

bien c'est une stupeur hallucinatoire avec excitation, angoisse violente, erreurs de personnalité, et réaction motrice violente; telle est la deuxième variété.

La *première variété* se rencontre surtout chez les individus à forte tare héréditaire. Au début de l'accès, on observe une congestion céphalique intense, des sueurs localisées et une grande fréquence du pouls; puis le malade tombe brusquement, d'un seul coup, dans son accès; il ne connaît plus rien, crie, frappe et détruit tout ce qui lui tombe sous la main; cet accès ressemble au début d'une fureur aiguë et à la folie épileptique.

La *deuxième variété* est un état de confusion hallucinatoire avec angoisse stupide, illusions et hallucinations entremêlées de perceptions parfois exactes; des actes vagues et sans but précis alternent brusquement avec des actes plus lucides, et des raptus moteurs avec des mouvements choréiques et des convulsions coordonnées; puis ce sont des chants, des vociférations, etc. Parfois il n'existe pas d'erreurs des sens, et cette confusion intellectuelle avec excitation détermine toute une série d'actes anormaux, tels qu'il s'en produit dans le somnambulisme (le malade déplace les objets, les jette par la fenêtre, et n'a plus aucune conscience des choses extérieures).

Dans les deux cas, après une durée très courte, pendant laquelle l'excitation, déjà arrivée à la période d'acmé, n'augmente plus, l'état de stupeur maniaque disparaît. En même temps qu'on observe des symptômes de parésie vasculaire (refroidissement des extrémités, petitesse du pouls) et de la sialorrhée, le malade tombe dans une apathie stupide, conserve une attitude forcée, laisse aller sous lui, résiste lorsqu'on lui demande de faire quelque chose, et si l'on insiste, verse des flots de larmes. Puis arrive l'*intervalle*, souvent très nettement caractérisé; il peut présenter tous les degrés de lucidité, mais on remarque toujours une légère torpeur, et non pas la lucidité de conscience qu'on rencontre dans les autres formes circulaires. La mémoire est toujours défectueuse, parfois nulle.

La marche est variable; il existe, d'après mes observations, une tendance constante à la chronicité ou à l'incurabilité. Alors les paroxysmes deviennent plus courts, la phase apathique de catatonie est supprimée, et l'intervalle suit directement la stupeur avec excitation; celui-ci revêt le caractère d'un affaiblissement psychique toujours plus considérable, avec hébétude et indifférence morale.

Parfois, un peu avant le paroxysme, on constate une irritabilité passagère, et quelques traits de *moral insanity* avec excitation : les malades apathiques deviennent moins sociables, arrachent des mains des autres malades leurs assiettes ou leurs instruments de travail, rient niaisement, racontent des obscénités, se déconvrent, etc.

Les accès typiques se succèdent avec une régularité pour ainsi dire mathématique (voy. plus loin); d'autres fois, ils perdent leur caractère et deviennent des états d'excitation irrégulièrement périodiques survenant au milieu d'une démence en quelque sorte stationnaire.

Lorsqu'il existe une dégénérescence hystérique, on observe aussi une *pseudo-stupeur hallucinatoire circulaire*, de durée plus longue (de plusieurs semaines à plusieurs mois) et qui alterne avec un stade maniaque également prolongé : les deux phases sont séparées par un intervalle plus ou moins long. Dans cet intervalle, existent des erreurs des sens de toute sorte, et surtout des pseudo-hallucinations, quelquefois aussi intenses que dans la phase de délire hallucinatoire; mais la conscience est lucide. L'accès maniaque est constitué par une confusion hallucinatoire, avec les dispositions morales les plus changeantes et toutes sortes de réactions motrices. Parfois il existe passagèrement une fuite d'idées accélérée et des mouvements spontanés, impulsifs. Dans le bavardage incohérent des malades, on entrevoit souvent des éclairs de lucidité; dans les monologues du délire apparaissent des perceptions à peu près justes et parfois tout à fait exactes, des réminiscences qui étonnent. Les gestes désordonnés ont un caractère de colère niaise, sont empreints de méchanceté ou de cynisme (chez les onanistes.) Les accès isolés se succèdent d'une manière brusque et caractéristique; les illusions qui se produisent dans les paroxysmes sont stéréotypées. Le cycle se poursuit ainsi pendant des années.

Succession des paroxysmes dans les psychoses périodiques et circulaires. — Les observateurs ont remarqué, depuis longtemps déjà, que les accès isolés de ces deux groupes non seulement se reproduisent suivant un cycle, mais reparaissent avec une régularité pour ainsi dire astronomique, et que la durée de chacune des phases est mathématique pour ainsi dire. On a cherché la cause de ces faits intéressants dans l'influence des astres, dans les phases de la lune. Si curieuse que soit cette hypothèse, reprise récemment par Koster, nous devons plutôt tenir compte des influences terrestres ; sans aucun doute, certains événements de la vie, certains faits du monde extérieur, les relations du malade, jouent un rôle important. Nous connaissons tous, par expérience, ces observations où des maniaques, sortis guéris, retombent dans leur accès parce qu'ils se trouvaient alors placés dans de mauvaises conditions; et, après un certain nombre de récidives, leur folie devenait spontanément périodique. De même, des malades améliorés, dont l'accès était depuis longtemps passé, subissent, après un long intervalle de lucidité, une brusque rechute, que rien ne pouvait faire prévoir, et qui est provoquée par le moindre changement dans leurs habitudes (ils avaient pris part à une fête ou reçu une visite inattendue).

Nous avons déjà parlé de la suppression brusque de la phase mé-

lancolique par le fait d'une émotion morale, et bien des événements humains suffisent, d'après notre expérience, pour déterminer l'accès, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une cause sidérale. Cependant il y a toute une série d'observations indiscutables où la périodicité s'est produite au milieu de l'état de santé, sans cause appréciable, et les accès, avec leurs intervalles, avaient une durée tout aussi longue. Les causes de cette régularité pathologique, qui rappelle le type physiologique de la menstruation, nous sont inconnues. Certains faits tendraient à faire admettre une corrélation plus intime entre les accès psychiques et des phénomènes tantôt vaso-moteurs (congestions), tantôt nerveux, réflexes (névralgies périodiques); la cause déterminante est probablement la périodicité elle-même, qui se retrouve déjà dans le processus vital, et chez l'homme sain sous la forme de variations périodiques, plus ou moins marquées, qui se montrent dans la courbe de la nutrition et de l'activité fonctionnelle; chez les individus à système nerveux invalide, ces troubles légers de l'équilibre nutritif deviennent des crises périodiques. Ces crises peuvent parfois exercer une influence favorable, et rétablir l'équilibre; mais elles se reproduisent avec plus de facilité dans le système nerveux invalide, et produisent la périodicité des paroxysmes cycliques. Sans insister davantage sur cette hypothèse (dont la valeur pourra être appréciée par des observations exactes sur les échanges nutritifs et sur la température pendant toute la durée de l'affection cyclique), nous ajouterons ici, comme contribution à l'étude des faits cliniques, un certain nombre de cas étudiés au point de vue du *début*, de la *durée*, et de la *succession des phases*, dans les différentes formes circulaires.

Psychoses périodiques.

N. B. — Pour la clarté graphique des tableaux suivants, nous indiquerons les cycles de manie et de stupeur avec excitation par des chiffres en caractères italiques; les cycles de mélancolie et de stupeur catatoniques par des chiffres en caractères forts; les intervalles de lucidité en caractères droits; ces chiffres représentent le nombre des jours, des semaines ou des mois.

I. G. — **1re admission.**		Novembre.....	Psych.	*4* mois.
			Interv.	2 ans 1/2.
	2e adm.....	Juillet.....	Psych.	*4* mois.
		(cause : fiançailles).	Interv.	6 mois.
La psychose devient circul.	Un an après, mariage, suivi d'une dépression passagère.			
	3e adm.....	Juillet.....	Psych.	*6* mois avec dépression durant plusieurs mois.
		(c. : pertes d'argent).	Interv.	4 ans.

Manie périodique.	4e adm.....	Mai..... (cause : aggrandissement de son commerce).	Psych.	6 mois.
	Pendant l'intervalle, récidive et admission dans un autre asile.			
	5e adm.....	Juin..... (sans cause connue).	Psych. Interv.	8 mois. 1 an 1/2.
	6e adm.....	Octobre..... (sans cause connue).	Psych.	Plus. mois, puis phase d'apathie tranquille, qui dure depuis quatre ans.
H. W. —	1re adm.....	Décembre..... (sans cause connue).	Psych. Interv.	8 jours. 5 ans.
	2e adm	Juillet.....	Psych. Interv.	8 jours. 4 sem.
		Août.....	Psych. Interv.	8 jours. 4 s. 1/2.

forme légère.

Puis dépression suivie de convalescence.

Trois ans après :

3e adm.....	Juin.....	Psych. Interv. Psych.	4 jours. 4 m. 1/2 17 jours (f. grave).

forme légère.

Après un calme de trois mois :

4e adm.....	Octobre.....	Psych. Interv. Psych.	4 jours. 5 sem. 8 jours.

forme légère.

Rien depuis quatorze années.

III. K. — 1re adm.....	Novembre..... (cause : spéculations malheureuses).	Psych.	14 jours (f. grave).

Un an après :

2e adm.....	Novembre.....	Psych. Interv. Psych.	16 jours. 7 — 16 —

forme grave avec idées ambitieuses.

Dix ans plus tard :

3e adm.....	Mars..... (cause : émotions).	Psych.	6 semaines.

Pendant l'intervalle il retourne chez lui, et retombe dans un accès de manie.

Mai.....	(Il rentre dans l'asile, puis se calme).	
De juillet au 31 août.	Psych.	6 sem. (f. grave comme précédemment).

	Septembre	Pendant une semaine, type alternant d'un jour à l'autre, du matin à l'après-midi, puis du jour à la nuit.
	Octobre-Novembre.	Psych. *6* sem. (manie grave à déclin brusque).
		Interv. *4* sem.
	Décembre.....	Psych. *3* —
		Interv. *4* —
	Janvier-Février....	Pendant trois semaines il demande à rentrer chez lui avec une insistance exagérée (équivalent maniaque), puis repos et intervalle.

Après six mois :

4e adm.....	Novembre..... (cause : procès).	Psych. *4* sem.

Après un an et demi :

5e adm.....	Février ..... (sans cause connue).	Les paroxysmes et les intervalles se suivent ainsi : *8*.4 — *4*.6 — *4*.3 — *3*.4 — *5* et intervalle apathique, puis sortie.
6e adm.....	Février ..... (sans cause connue).	*3* $^1/_2$.6 — *4*.1 — *3* $^1/_2$.3 $^1/_2$ — *4*.4 — *3* $^1/_2$.1 — inj. de morphine : 2.2 — 2.2.

Les autres accès sont coupés par l'administration de hautes doses de morphine. Sortie pendant le stade d'apathie et d'indolence.

Plusieurs années après :

7e adm.....	Avril	Quatre paroxysmes d'une semaine avec intervalles (sans morphine).

Sortie :

8e adm.....	Juillet	Le type persiste encore un certain temps, puis, sous l'influence d'un traitement par le chloral et ultérieurement par l'hyoscyamine, il devient irrégulier. La même situation persiste actuellement.

On observe ici de très nombreuses particularités dans la marche. J'ai observé un individu, non héréditaire, qui présenta pendant des années du satyriasis avant le début de son affection mentale; celle-ci se produisit dans la trentième année de sa vie. La mélancolie initiale fut accompagnée d'as-

permatisme et d'anaphrodisie; puis le paroxysme *maniaque* éclata, le malade fit des excès de boisson, devint brutal, excentrique, très irritable et toujours mécontent. Ces états d'excitation se reproduisirent pendant les années suivantes, d'abord irrégulièrement pendant huit ou dix jours, et ils revenaient tous les mois. Après une période pathologique ayant duré seize années, survint une période de calme relatif, mais, tous les mois, on observait des accès *mélancoliques* de deux à trois jours; ceux-ci ont disparu peu à peu, et le malade ne présente plus d'accès d'aucun genre.

Formes circulaires.

FORME MANIAQUE ET MÉLANCOLIQUE.

I. H. — La phase *mélancolique* prédominait dans cette observation, elle a duré :

1866.....	du 11 mars	au 1er juin.
1867.....	19 juillet	16 octobre.
1868.....	10 avril	8 juillet.
1869.....	30 août	26 novembre.
1870.....	10 août	14 novembre.
1871.....	15 mai	5 août.
1872.....	14 février	25 avril.
1873.....	12 août	1er décembre.
1874.....	8 août	2 décembre.
1875.....	7 septembre	1er décembre.
1876.....	18 mai	15 juillet.
1877.....	11 février	8 mai.
1878.....	22 septembre	25 janvier 1879.
1879.....	16 juin	fin novembre.
1881.....	17 février	fin avril.

Puis un intervalle;

1883.....	16 juin	9 septembre.
1884.....	31 juillet	fin novembre.

II. G. — Accès *maniaques* prédominants, allant parfois jusqu'à la manie grave; ils ont duré :

1879.....	du 1er septembre	au 11 novembre.
1880.....	3 avril	29 mai.
1881.....	25 avril	15 mai.
	29 octobre	26 novembre.
1882.....	12 octobre	31 décembre.
1883.....	22 janvier	12 avril.
	23 septembre	19 novembre.

III. L. — Même forme *maniaque* prédominante :

1879.....	du 3 octobre	au 7 février 1880.
1881.....	27 janvier	13 avril.

1882.....	9 mars	au 14 juin.
1883.....	9 janvier	3 mars.
	11 octobre	21 novembre.

IV. L. — D'abord psychose, puis manie périodique.

Accès circulaires.

1re adm. à seize ans (causes : hérédité et onanisme).

L'affection commence en février 1852 avec P. (mélancolie). **2** sem. 1/2
puis Int..... 2 sem.
puis Accès maniaque. 2 sem.
ensuite Int..... 2 mois.
puis 2. 2. 2. (semaines).

Calme pendant un an et demi sans que l'état psychique soit redevenu entièrement normal. Les habitudes d'onanisme persistent.

2e adm. En février 1854 :
2 semaines. **16** jours. *4* sem. **18** jours. *8* jours. **quelques jours.** *8* jours; puis mélancolie et sortie.

3e adm. Novembre 1856; manie grave de plusieurs mois, avec caractère dégénératif;
Puis intervalle; phases de manie et de mélancolie. Dipsomanie.

4e adm. Mai 1865. Manie grave pendant plusieurs mois (jusqu'en septembre);
Puis intervalle de lucidité.

A partir de cette époque il n'existe plus que des accès de *manie périodique*, précédés d'excès de boisson. Les accès les plus violents se produisent surtout chaque année pendant les mois d'avril, mai, juin.

Démence progressive.

FORME CIRCULAIRE AVEC STUPEUR.

V. St.

Accès circulaires.

Psych. *19 jours;* stupeur catatonique, **plusieurs jours.**
Interv. 4 semaines.
Psych. *17* jours; stupeur catatonique, **plusieurs jours.**
Interv. Plusieurs semaines.
Psych. *3* jours; stupeur catatonique, **12 jours.**

Ensuite :

Psych. *4* jours.
Interv. 4 semaines.

A partir de cette époque se produisent des accès maniaques périodiques sans stupeur; P. dure *3* semaines.

VI. K. — Stupeur circulaire, présentant au début la forme hallucinatoire ou la forme catatonique; plus tard, c'est surtout un état de stupidité avec illusions sur l'entourage, et raptus impulsifs. La durée des accès de stupeur est :

1879. Du 14 juin au 5 juillet; du 20 juillet au 13 août; du 19 décembre au 8 février 1880. Il existait des intervalles de lucidité avec puérilité.

1880. Du 26 février au 17 mars; du 14 avril au 9 juillet; du 12 juillet au 28 juillet; du 8 août au 24 octobre.

1881. Du 6 janvier au 18 mars; du 10 mai au 8 août; du 3 octobre au 10 octobre; du 2 novembre au 23 novembre.

1882. Du 11 mars au 4 avril; du 18 avril au 15 mai; du 28 mai au 19 juin; du 7 juillet au 24 juillet; du 8 août au 28 août; du 12 septembre au 5 octobre; du 28 octobre au 7 novembre; du 21 novembre au 6 décembre; du 26 décembre au 9 janvier 1886.

1883. Du 21 janvier au 15 février; du 4 mars au 5 avril; du 16 avril au 24 juillet; du 3 août au 21 août; du ? septembre au 7 novembre; du 26 novembre au 8 avril 1884.

1884. Du 15 avril au 1er mai; du 15 mai au 8 juin; 21 juillet.

VII. H. — Stupeur circulaire. Tare héréditaire. Début à trente ans; P. composée au début de : (a) une phase de stupeur avec excitation; (b) un stade de dépression avec stupidité; (c) un intervalle de lucidité. Plus tard, la phase (b) disparait.

Durée de la phase (a) de stupeur :

Toujours suivie de la phase (b).	*11. 14. 11*	(jours);	puis trois semaines d'intervalle.
	10. 12	(Id).	puis trois semaines d'intervalle.
	16	(Id).	puis trois semaines d'intervalle.

Phase (a) de stupeur et intervalle : *12.* 11. *10.* 16. *11.* 13, *17.* 10. *17.* 11. *5* semaines. 17. *12.* 12. *17.* 10. *10.* 4. *19.* 11. *13.* 7. *10.* 11. *17.* 7. *15.* 10. *14.* 12. *13.* 12. *10.* 14. *10.*

Puis, pendant quatre semaines, *type alternant d'un jour à l'autre*, *14.* 4. Puis type alternant journellement, pendant cinq jours; puis phase de deux jours bons et de deux jours mauvais. Ensuite *16* (stupeur très intense pendant laquelle il fut nécessaire d'alimenter le malade au moyen de la sonde; salivation abondante; gâtisme); 14 (lucidité très satisfaisante); *13.* Sortie; le malade fut ensuite traité dans sa famille.

Psychoses alternantes.

On désigne sous ce nom des psychopathies dont la marche est régulièrement alternante (un jour bon est suivi d'un jour mauvais). On pourrait dire que la marche consiste en exacerbations répétées de l'affection mentale, suivies d'un intervalle. Ces périodes sont très courtes, elles durent ordinairement un jour ou même moins, quelquefois deux ou trois jours. Nous avons déjà rencontré ce type clinique dans les formes de stupeur cyclique; mais il est aussi des cas, dans le groupe de manie et mélancolie, où l'agitation maniaque dure un jour. Ce rapport peut se modifier dans la suite, chacune des phases peut durer alors une à deux semaines, être suivie ou non par l'intervalle;

mais le type du début (c'est-à-dire la phase de un à deux jours) peut revenir dans le déclin de l'affection.

On observe le type alternant caractéristique, c'est-à-dire le retour régulier d'un jour bon et d'un jour mauvais, dans un très grand nombre de psychoses. Ce mode de marche est fréquent dans les folies hystérique, épileptique et aussi paralytique; dans cette dernière, l'alternance se montre par accès passagers, mais qui reviennent avec persistance. Dans la psychose hystérique, et surtout dans les états d'obnubilation de la conscience, la malade, pendant le jour mauvais, est agitée, réagit violemment sous l'influence de ses idées incessamment changeantes; le jour suivant, elle est calme, apathique et paraît être dans un état de rêve. Dans les stades alternants de la paralysie, surtout fréquents au début de l'affection, le malade parle avec excitation de son état de bien-être, des personnes si excellentes qui l'entourent et dont il lui est impossible de vanter suffisamment les vertus; le lendemain, il est mécontent et se plaint de ces mêmes personnes.

Le type alternant (survenant par épisodes) est surtout fréquent dans la variété hypochondriaque de la paralysie; pendant *le jour d'exaltation*, le paralytique fait preuve d'une mémoire étonnante, parle sans s'arrêter avec une grande satisfaction et en s'agitant sans cesse. Pendant *le jour de dépression*, il garde les yeux fermés, ne veut pas manger, résiste et, toujours tourmenté par la même hallucination, il affirme qu'il n'a plus de langue, plus d'estomac, plus d'organes; lui-même n'est plus, il y a longtemps qu'il est mort, etc... Pendant les jours d'exaltation, il a de 100 à 120 pulsations et la peau est chaude; pendant les jours de dépression, le pouls descend à 80 ou 90 pulsations; les mains sont froides et cyanosées.

Le type alternant se produit aussi *passagèrement*, pendant la convalescence de certaines mélancolies, et surtout chez les vieillards; le malade est expansif pendant un jour, il sent venir la guérison, il s'endort tranquillement; le jour suivant, il s'inquiète de l'avenir, et ne peut dormir malgré l'emploi des narcotiques à doses élevées. L'alternance disparaît à mesure que la guérison approche, et fait enfin place à un état de bien-être continu.

Le type alternant se présente surtout d'une manière *durable* (pendant plusieurs années) dans certaines mélancolies chroniques. Il est alors un symptôme qui indique l'intensité de l'affection cérébrale organique; la médication anti-périodique reste sans effet; quelquefois le type semble s'effacer passagèrement (chaque fois qu'on emploie un nouveau médicament, ou après que le malade a reçu des visites); mais il revient ensuite avec la même netteté. Les mélancolies qui présentent un type alternant (ce qui est un signe de dégénérescence) sont des mélancolies séniles survenues à la ménopause, et surtout, du moins d'après mes observations, des mélancolies consécutives

à des excès sexuels (onanisme) et à des affections utérines. Dans un cas, j'ai vu la mélancolie alternante précéder la paralysie hypochondriaque. Parfois le début ne présente pas encore ce type; presque toujours ce sont des mélancolies agitées avec accès d'angoisse intense (organiques); puis, peu à peu, l'alternance d'un jour à l'autre se produit; elle est d'abord passagère, mais revient facilement, et elle persiste enfin. Le type peut être d'une grande régularité, et, au début de la semaine, on peut inscrire sur le calendrier les jours qui seront bons et ceux qui seront mauvais; cependant, ce type peut aussi se modifier, et on observe par exemple deux jours bons et deux jours mauvais, ou encore un jour et demi bon et un jour et demi mauvais; d'autres fois encore, le matin est régulièrement mauvais et la seconde partie de la journée est bonne; ou bien, un jour la dépression survient assez tôt et est relativement longue; le lendemain, la dépression est plus tardive et dure moins. Lorsque la marche a été longue, le type alternant peut disparaître puis se reproduire; ou bien on peut observer un intervalle lucide durant plusieurs semaines, et le type alternant lui succède de nouveau.

Ces deux phases, bonne et mauvaise, se présentent toujours avec les mêmes caractères et parfois elles se reproduisent aux mêmes heures de la journée. D'autres fois, c'est seulement au début de ce type que le jour bon est marqué par une expansion exaltée, et le jour mauvais par un désespoir mélancolique; plus tard le jour bon et le jour mauvais ne sont plus qu'une modification de l'état mélancolique, qui s'est étendu aux deux jours; enfin c'est un état apathique à côté de l'état mélancolique. Le début du paroxysme peut être assez souvent retardé de plusieurs heures, si l'on a pu produire une dérivation sur l'esprit du malade. Mais on peut voir aussi le jour mauvais commencer tantôt le matin et tantôt l'après-midi. D'habitude, le jour mauvais commence plus tôt que le jour bon (la différence est souvent de plusieurs heures). Les médicaments, le chloral, l'hyoscyamine, peuvent modifier passagèrement le type alternant, mais sans le faire disparaître, et même en l'exagérant dans la suite. Les malades conservent un souvenir très exact de leurs mauvais jours, ils tremblent de les voir reparaître, pleurent, et demandent qu'on leur vienne en aide. Le jour du paroxysme est caractérisé par la réapparition de la même angoisse avec trouble intense du pneumo-gastrique (névrose du nerf vague); pouls fréquent et petit, suffocation, parésie de la glotte, raucité de la voix; puis réflexes impulsifs, pendant lesquels le malade se frappe, s'arrache les cheveux, fait des tentatives de suicide, devient violent, injurie et menace les autres aliénés, hurle des blasphèmes. Toutes ces violences ne sont que des efforts réflexes pour faire cesser l'oppression intérieure, devenue intolérable. Dans d'autres cas, le jour mauvais

consiste en plaintes monotones, en remords, en gestes automatiques (action de battre des mains, de se frapper, de grimacer, de courir ici et là, etc.). Pendant le jour bon, les malades sont déprimés, sont découragés, mais se tiennent tranquilles. Parfois aussi l'humeur peut devenir brusquement expansive et exaltée.

Dans une de nos observations, l'onanisme, pratiqué pendant plusieurs années, et même pendant la maladie, avait été la cause, avouée par la malade, de la mélancolie alternante; à l'autopsie, on trouva une dégénérescence kystique des deux ovaires (pachy-méningite, sclérose crânienne et atrophie cérébrale peu marquée. C'était une femme âgée de 75 ans).

SYMPTÔMES SOMATIQUES.

On observe des troubles de la sensibilité et du système vaso-moteur, et surtout des troubles trophiques. Les troubles de la sensibilité existent pendant la phase mélancolique; ils sont très variés : constriction céphalique, sensations anormales dans la tête (surtout une sensation de vide à l'intérieur du crâne); névralgies et paresthésies de toutes sortes, généralisées ou localisées. Souvent des névralgies, dont la réapparition est typique (névralgie intercostale ou dentaire), annoncent le retour de la phase dépressive. D'autres fois, ce sont toutes les sensations généralisées et intenses de la neurasthénie; elles sont interprétées dans le sens d'un délire hypochondriaque, et elles précèdent l'accès mélancolique ou se prolongent pendant toute sa durée. On observe aussi une excitation sexuelle, qui détermine la masturbation : les individus dont les sentiments moraux sont bien développés en conçoivent des remords qui augmentent leur dépression. Plusieurs malades éprouvent des sensations cutanées pénibles, et surtout croient sentir sur eux de la poussière; aussi, pendant toute la journée, ils lavent et frottent les murs ou nettoient le parquet. Les troubles vaso-moteurs et circulatoires ne présentent aucune régularité, c'est-à-dire qu'ils ne caractérisent pas les différentes phases pathologiques; en général, pendant la phase maniaque, les contractions cardiaques sont plus fréquentes; la face est congestionnée; l'innervation de la face est troublée, et il existe toutes sortes de paresthésies (il semble au malade que des grains de poudre font explosion dans sa tête; que sa poitrine et son ventre sont vidés, et que la peau seule les recouvre); pendant la phase mélancolique, au contraire, le pouls est affaibli, moins fréquent, et les extrémités ont une grande tendance à se refroidir.

Pourtant, dans les phases d'excitation, on voit souvent aussi se produire des spasmes vaso-moteurs intercurrents; il existe une tendance aux lipothymies, des frissons, des sueurs froides, surtout après des émotions (faiblesse irritable du système vaso-moteur). Dans les manies de caractère plus grave, on rencontre ordinairement une activité exagérée de la circulation, et de la congestion céphalique. Dans les phases catatoniques de stupeur circulaire, la paralysie vasculaire produit souvent des œdèmes des extrémités et un monocrotisme du pouls, et fréquemment aussi des congestions céphaliques intercurrentes. Les troubles trophiques sont fort intéressants; ils sont géné-

ralisés ou localisés, et, dans le premier cas, ils portent sur la nutrition générale.

Les troubles localisés sont : certaines éruptions cutanées (surtout le prurigo), qui accompagnent les phases d'excitation ; des modifications du développement ou de la coloration des cheveux : on a vu les cheveux devenir gris pendant la mélancolie, et reprendre leur coloration brune et leur croissance pendant la période de manie. Parfois, on voit des suppurations s'arrêter au début de la mélancolie, pour reparaître pendant la phase d'excitation.

Avant les paroxysmes maniaques, l'*urine* devient souvent très sédimenteuse ; sa coloration est pendant quelque temps d'un brun foncé, comme au début de l'ictère. Les fonctions génitales présentent des troubles périodiques analogues (impuissance). On observe aussi des perversions sexuelles particulièrement intéressantes, qui semblent être des phénomènes *isolés* (pédérastie périodique, etc.). Ces perversions supposent toujours une névrose constitutionnelle (hystérie, épilepsie, alcoolisme), ou bien une prédisposition congénitale, transmise par l'hérédité (v. *Folie héréditaire : érotomanie.*

Les modifications de l'habitus extérieur et du poids du corps sont très importantes. Pendant le stade *maniaque*, les malades paraissent rajeunis, leurs joues sont fraîches et roses, la marche et l'attitude montrent une souplesse qui n'est pas en rapport avec l'âge. L'individu semble plus jeune de dix ans ; toutes les fonctions s'accomplissent avec une rapidité plus grande ; le sommeil est d'une régularité parfaite, l'appétit et les digestions sont excellents. Le poids du corps augmente quelquefois de 10 à 20 livres en quelques semaines.

Dans la phase *mélancolique*, on observe des effets tout opposés : le poids du corps diminue aussi vite qu'il avait augmenté pendant l'accès maniaque ; il n'est pas rare de voir une diminution de 10 livres en une semaine. L'appétit est amoindri, ou, s'il persiste, il n'est pas satisfait, par suite de la dépression psychique; le sommeil n'est plus régulier, ni réparateur ; souvent la veille est représentée par un état de torpeur, et le malade oscille entre une demi-lucidité et une indifférence douloureuse qui lui fait tout négliger. Beaucoup de malades qui avaient de la polyphagie pendant l'accès maniaque ont maintenant de la polydipsie. Le visage, qui était florissant, se décolore, se ride et vieillit. Avec les nouveaux paroxysmes, les mêmes troubles trophiques se reproduisent pendant des années, et cela jusqu'à la démence; alors la vie purement végétative du malade détermine de l'obésité, et même une surcharge graisseuse véritablement incroyable.

On a admis, par suite de ces troubles qui se produisent pendant des phases prolongées (dans la forme douce) et qui caractérisent les cas typiques de la manie circulaire, l'existence d'une *tropho-névrose* accompagnant l'état cérébro-psychique, sans être probablement de cause vaso-motrice, car les troubles de la circulation ne sont pas de nature contraire, dans les deux phases. *Cette hypothèse est très admissible*, bien qu'il soit difficile de la démontrer, même par des recherches minutieuses sur les échanges nutritifs. Il est indiscutable que cette augmentation du poids du corps ne dépend

pas seulement de la quantité des aliments qui ont été pris, et de la désassimilation, influencée par l'excitation psychique et motrice; mais il existe là, sans aucun doute, une influence *nerveuse* encore mal connue. Le fait dont nous venons de parler n'est pas toujours constant; ainsi, un certain nombre de folies circulaires s'accompagnent pendant la phase maniaque d'une diminution du poids du corps, et l'embonpoint reparaît pendant la période contraire. La cause en est probablement l'insuffisance alimentaire pendant l'excitation et l'activité musculaire de la manie, tandis que, pendant la période d'apathie et de calme, l'alimentation s'accomplit dans de meilleures conditions. Mais les tracés des différentes pesées, même s'ils sont conformes à ce schéma, ne sont pas simples; en effet, on voit que, pendant l'exaltation, on n'obtient pas un tracé régulièrement ascendant, mais qu'il existe des variations nombreuses et des oscillations importantes; le point le plus élevé ne correspond pas au maximum d'excitation, et le chiffre le plus inférieur ne concorde pas avec l'acmé de la période de dépression. Il existe de grandes différences individuelles : les individus à tempérament émotile et passionné ne présentent pas, pendant le paroxysme maniaque, les mêmes troubles nerveux trophiques que des individus dont le tempérament sera plus calme, ou qui auront un délire ambitieux, une humeur expansive et satisfaite. Parfois aussi ce tracé graphique de l'alimentation se trouve interrompu brusquement, quoique l'exaltation persiste : ce sont là des signes précurseurs, analogues à ces bouffées passagères de mélancolie qui viennent se produire au milieu de l'exaltation maniaque (voyez plus haut).

Les manies *graves de courte durée* s'accompagnent toutes d'une diminution du poids du corps, et cela à chaque paroxysme périodique.

Dans la stupeur circulaire avec accès et intervalles de courte durée, le poids du corps ne varie pas suivant les différentes phases du cycle. Il faut que la stupeur catatonique (avec parésie vasculaire) persiste plus longtemps pour que ce poids diminue et qu'il reste abaissé, par suite d'une diminution dans la quantité des aliments.

Appendice. — *Psychoses menstruelles.*—Toute une série de psychoses périodiques se produisent à l'époque de la menstruation, soit au moment de l'apparition des règles, soit avant, soit après la période cataméniale. Les psychoses qui se produisent avant cette période sont probablement les plus fréquentes. D'après les caractères cliniques, les *plus communes* d'entre elles sont des états d'excitation psychique et des manies avec fureur (voyez *Manies sexuelles*); puis ce sont de simples états d'exaltation, présentant surtout le caractère de la manie douce, mais avec irritabilité très grande et tendance aux querelles et aux actes de violence. Une *deuxième catégorie* de psychoses cataméniales moins fréquentes comprend les états de délire systématisé démonomaniaque aigu avec hallucinations terrifiantes et dépression : la malade cherche à se faire du mal, passe par différentes phases intercurrentes de stupeur et d'obnubilation intellectuelle. Les autres formes sont beaucoup plus rares, ce sont : 1° le délire systématisé aigu avec exaltation;

2° un délire des persécutions aigu, avec hallucinations et idées obsédantes; 3° des états aigus de mélancolie avec des douleurs névralgiques intenses, dégoût de la vie, et parfois impulsions homicides; 4° des accès de catalepsie avec stupeur; 5° des états hystériques et épileptiques; 6° une dipsomanie menstruelle périodique (Krafft-Ebing); 7° une cleptomanie menstruelle périodique (Ellen Powers).

Nous avons vu que ces psychoses précèdent ou suivent les règles, ou coïncident avec elles; l'accès est aussi de durée variable. Parfois il éclate brusquement quelques jours avant les règles, ou bien pendant, ou après les règles; d'autres fois, il est précédé par des troubles nerveux, de l'insomnie et des congestions céphaliques. La terminaison est très variable aussi; ces psychoses se terminent brusquement après quelques jours, ou se prolongent huit et quatorze jours. Une psychose d'abord post-menstruelle peut devenir menstruelle ou pré-menstruelle; le paroxysme peut aussi se présenter à chaque période, ou moins régulièrement, ou encore revenir tous les deux mois. Dans l'intervalle, tantôt la femme est complètement normale au point de vue psychique, tantôt il existe des troubles nerveux très nets, ou une légère dépression mélancolique; dans ce dernier cas, une folie circulaire peut se produire.

Il faut aussi rappeler cette variété intéressante où un intervalle sépare nettement deux périodes distinctes, l'une de mélancolie profonde, l'autre de manie furieuse; ces deux phases peuvent se produire avec une périodicité remarquable, et aux mêmes heures du jour ou de la nuit.

La *marche* et la *terminaison* de ces psychoses menstruelles sont très variables. Dans la majorité des cas, la terminaison est favorable, ce qui les distingue nettement des folies périodiques ordinaires. Les accès s'atténuent et deviennent moins longs, puis ils disparaissent; les formes périodiques simples et les formes circulaires avec un intervalle mélancolique sont aussi d'un pronostic favorable. Les formes circulaires, avec périodes mélancolique et maniaque, puis intervalle, se transforment assez souvent en un type quotidien ou alternant, puis irrégulier; elles sont suivies d'une période prolongée de calme, avec apathie, puis vient la convalescence. Une folie menstruelle, périodique au début, peut aussi devenir une folie chronique prolongée, ou une folie définitivement périodique ou circulaire, et à forme grave.

Les symptômes somatiques sont inconstants et très variables dans les psychoses pré-menstruelles. Tantôt on observe des congestions actives de la tête, avec fréquence du pouls et légère élévation de la température, des névralgies et des symptômes d'irritation spinale, parfois aussi de l'hyperidrose; tantôt, au contraire, ce sont des états d'anémie avec pouls petit et fréquent, troubles vaso-moteurs (rash) et douleurs nerveuses.

Le souvenir est ordinairement infidèle et sommaire, cependant quelques malades ont nettement conscience de l'état pathologique par lequel ils ont passé. Lorsqu'il existe une neurasthénie très intense, l'accès se termine par une crise de sommeil profond, avec amnésie totale (voy. *Psychoses transitoires dans la neurasthénie).*

Addendum. — Les *aggravations* que l'on observe périodiquement dans les *folies constituées* au moment de la menstruation sont plus fréquentes que les psychoses menstruelles périodiques.

Ordinairement les mélancolies ou les manies présentent des exacerbations aux époques cataméniales. Parfois, c'est au moment de la disparition des règles que les malades ressentent une profonde douleur morale, et s'excitent. Le délire des persécutions est tout particulièrement influencé par la menstruation, surtout lorsqu'il existe déjà une affection utérine et de l'hyperesthésie des nerfs honteux. Lorsque les sensations fausses ressenties dans les organes génitaux s'exagèrent, les malades se croient l'objet de persécutions obscènes, et ces idées délirantes déterminent des réactions (manie avec colère), des raptus violents, une rage de destruction furieuse. Les psychoses hystériques sont régulièrement aggravées pendant la menstruation ; il se produit des congestions céphaliques, avec fréquence du pouls et excitation psychique, ou des états d'obnubilation intellectuelle avec des mouvements automatiques et des impulsions qui poussent le malade à se faire du mal. Les manies rémittentes et les formes aiguës de délire systématisé se reproduisent ordinairement aux époques menstruelles. Les folies périodiques et circulaires sont souvent aussi modifiées par ce processus physiologique. Ainsi (dans les accès mélancoliques et maniaques courts) la phase d'excitation débute quatorze jours avant les règles, et l'acmé du paroxysme maniaque coïncide avec leur apparition ; mais ce n'est pas une loi pathologique, car le type se modifie pendant la marche de la maladie et c'est alors la phase de dépression qui coïncide avec la menstruation. Une remarque intéressante m'a été communiquée par G. Burckhardt : d'après cet observateur, lorsque les règles se produisaient au moment de la phase maniaque, le sang présentait une coloration beaucoup plus vive; si elles concordaient avec la phase de dépression, le sang était d'une couleur beaucoup plus foncée. L'influence générale de la menstruation sur les psychoses rentre dans l'étiologie. Au point de vue clinique, nous dirons que de nombreuses variétés existent ; souvent la psychose se montre au début de la menstruation (et parfois lors de la première apparition des règles), d'autres fois, au moment de leur suppression et après des émotions morales. Souvent aussi la convalescence se produit brusquement avec la réapparition des règles ; ou bien elle est progressive, chaque menstruation déterminant une amélioration. On voit encore une période menstruelle améliorer l'état psychique et la période suivante l'aggraver; ou encore, les règles paraissent longtemps après la disparition de la psychose, et sans déterminer le moindre changement dans l'état psychique, comme aussi elles avaient pu persister pendant la psychose sans exercer aucune influence. Même dans une psychose menstruelle caractérisée, à type mélancolique-maniaque (ou parfois

maniaque-mélancolique), la convalescence se produit, bien que les règles ne reparaissent pas, et la menstruation ne se rétablit que lorsque la guérison est complète. Ces relations *nosologiques* sont donc compliquées, et variables suivant les individus. Un certain nombre de cas doivent être considérés comme des psychoses réflexes dont le point de départ serait une irritation ovarienne; d'autres cas présentent une relation évidente avec la fluxion vaso-motrice produite par le processus menstruel; un troisième groupe (renfermant surtout beaucoup de cas pré-menstruels) doit être rapporté au type du fonctionnement nerveux ondulatoire (Wellenbewegung), qui se produit chez la femme (Hegar, Reinl); un quatrième groupe enfin, dans lequel rentrent la plupart des psychoses post-menstruelles (et non congestives) doit être attribué à l'état d'anémie qui succède à la perte de sang.

DÉLIRE AIGU

Bibliographie. — Brierre de Boismont, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 11; *Union méd.*, 3. — Calmeil, *Maladies inflammatoires*. Paris, 1859. — Engelken, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 8. — Jensen, *Ibid.*, 11. — Schüle, *Ibid.*, 24 et 25. — Delasiauve, *Ann. méd. psych.*, t. IV. — Laurent, *Ibid.*, t. IX. — Lunier, *Ibid.*, t. XII. — Foville, *Nouv. dict. de méd. et de chir.*, 1869. — Pauli, *Thèse*. Bonn, 1879. — L. Meyer, *Virch. Arch.* (Acute tödtl. Hyst.). — Jehn, *Arch. f. Psych.*, 8 (histol.). — Le même, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37. — Le même, *Deutsche med. Woch.*, 27. — Mendel, *Berl. klin. Woch.*, 1879. — Sioli, *Arch. f. Psych.*, 10 et 11. — Fürstner, *Ibid.*, 11. — Sioli, *Berl. klin. Woch.*, 1880 (avec discussion). — Voppel, *Irrenfreund*, 1881 (tubercul.). — Binswanger, *Charité Ann.*, VI. — Grethe, *Inaug. Diss.* (sub. ausp. Westphal) 1881. — Bernhard, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 40. — Peli, *Arch. It.*, 1885. — **Délire aigu mélancolique :** Majorfi, *Arch. Ital.*, 1883. — **Délire aigu dans la paralysie** : Foville, *Ann. méd. psych.*, 1882. — **Anatomie et nosologie** : Jolly, *Arch. f. Psych.*, 11 (Embolie graisseuse dans les poumons). — Briand, *Arch. de neur.*, 1883, et *Monographie*, sous la direction de Magnan (Diminution du nombre des hématies; bacilles dans le sang; dégénérescence graisseuse des muscles). — Deecke, *Am. Journ. of insan.*, 1881. — Rezzonico, *Arch. It.*, 1884. — Hertz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, t. XXXIX. — Fütterer, *Virch. Archiv.*, V, 106, p. 579. — **Thérapeutique** : Solivetti, *Arch. Ital.*, et *Riv. sper.*, 1880 (Ergotine).

Le terme de *délire aigu* est une expression générale servant à désigner une série de symptômes cliniques, qui tous ont une grande gravité et un pronostic défavorable, à cause des lésions cérébrales, et qui, le plus souvent, présentent une explosion subite et une évolution aiguë. Ces symptômes peuvent se manifester soit spontanément, soit à la suite de psychoses déjà existantes. Le délire aigu se divise en deux formes principales : 1° une irritation cérébrale intense s'accompagnant d'un état congestif; 2° un épuisement cérébral aigu avec anémie. Ces deux types offrent comme caractères cliniques essentiels : un trouble profond de la conscience, se manifestant sous la forme de stupeur, et alternant avec des états de rêve demi-lucide; une altération profonde de la motilité, d'origine directement cérébrale, nullement déterminée par une cause psychique; enfin des troubles vasomoteurs et trophiques. Le premier groupe d'*irritation cérébrale* se sépare lui-même en deux variétés; la première (*a*) a l'aspect clinique d'une irritation cérébrale franchement active, avec un début des plus aigus, une agitation maniaque, et en même temps une fièvre intense avec des périodes de rémission caractéristiques; la seconde (*b*) représente un type mixte, avec torpeur cérébrale et symptômes d'irritation (mais la torpeur prédomine); son début est moins aigu, moins impétueux, elle a un caractère de mélancolie et de stupidité; l'évolution est modérément fébrile, quelquefois sans fièvre. Au

point de vue nosologique, la variété (*a*) se range dans l'hyperhémie méningée et cérébrale active, aiguë, et la variété (*b*) dans la congestion cérébrale active ou passive avec compression consécutive du cerveau.

A côté de ce groupe caractérisé par l'irritation cérébrale, le deuxième groupe représente le type clinique de l'épuisement cérébral aigu par anémie; on constate un trouble profond de la conscience, avec des idées délirantes fragmentaires (sans direction déterminée du délire), de l'adynamie musculaire, et une paralysie de la moelle allongée; la marche est apyrétique.

1° Formes caractérisées par l'irritation. — Irritation cérébrale.

a) *Délire aigu maniaque.* — L'appareil symptomatologique complexe ci-dessous décrit se produit, d'une manière aiguë ou suraiguë, sur le terrain d'une constitution cérébrale invalide ou bien d'une constitution cérébrale épuisée à la suite de diverses affections somatiques; ou enfin il survient dans le cours même d'une affection psycho-cérébrale préexistante. La physionomie que présente cet état morbide est celle d'une irritation cérébrale des plus intenses. Au point de vue psychique, on observe: un trouble profond de la conscience, et même l'absence de conscience, avec incohérence et fuite des idées; un désordre moteur violent, une fièvre plus ou moins forte avec rémissions, s'accompagnant d'un état de congestion active de la tête; en règle générale, une mort rapide (épuisement cérébral aigu); beaucoup plus rarement, un affaiblissement chronique des fonctions cérébrales (démence). L'évolution présente un caractère très aigu; elle se termine dans l'espace de quelques jours, tout au plus d'une semaine.

Symptomatologie. — a) Dans les cas idiopathiques, la maladie débute brusquement sans être annoncée par aucun signe prodromique; ou bien elle se manifeste par une période prodromique de courte durée, un malaise général, une irritation (susceptibilité) croissante, un besoin incessant de changement, quelques symptômes nerveux mal définis, de l'insomnie, une céphalalgie intense.

En général, on a pu remarquer, auparavant, de grandes fatigues cérébrales, par suite d'insolation, d'excès de boissons; ou bien par suite d'un excès de travail intellectuel (examens), de veilles prolongées, même d'émotions profondes, ou encore de violentes douleurs (panaris) survenant pendant la convalescence d'une autre psychose.

Après quelques jours de trouble et d'agitation, encore entremêlés, au début, d'intervalles lucides, le processus morbide arrive rapidement à son plus haut degré. L'aspect de la maladie, d'après

l'agitation du malade et sa conversation incohérente, donne tout d'abord l'impression d'une manie aiguë grave, portée à son plus haut degré, surtout à cause de cet état d'hébétude plus ou moins marquée qui se répand sur toute la physionomie du malade. Au commencement, celui-ci peut encore se rendre compte de ce qui se passe autour de lui; quelques paroles sensées sont encore prononcées; mais toutes les sensations viennent s'enchaîner comme dans une sorte de rêve et s'entremêler en désordre (voy. plus loin).

On voit encore, au début, se manifester de brusques changements d'humeur, ayant un caractère véritablement maniaque; le malade plaisante, rit, menace, se montre agressif, et bientôt ce ne sont plus que des mouvements fugitifs, mal déterminés, se passant, pour ainsi dire, dans un rêve, et qui font place, au milieu de cette violente agitation, à une indifférence stupide, qui peut durer plusieurs heures. Au point de vue physique, le pouls est précipité, la température élevée; elle dépasse quelquefois 38°; dans les cas très aigus elle monte rapidement à 39° et jusqu'à 41°. Le malade a bientôt une démarche chancelante; son incessante turbulence s'accroît de plus en plus, ses mouvements n'ont aucun but; il jette autour de lui les draps de son lit, se découvre, souille les murs, repousse toute approche, et rejette loin de lui ses aliments. Il ne prononce déjà plus aucune parole, ou seulement quelques mots dénués de sens. Le délire exprime tantôt une irritation menaçante, tantôt au contraire un état d'angoisse. Le malade, dans ses rêveries extravagantes, parle d'ennemis et d'anéantissement, du ciel et du diable, de voleurs et de persécuteurs, et, par intervalles, de la grâce et du royaume des cieux, puis de péchés et de fin du monde. Les mots, les syllabes sont poussés les uns à la suite des autres, par les assonances les plus singulières (souvent dans des langues différentes), et des bouts de phrases dénués de sens et rimant entre eux se suivent en désordre.

Julielma — guitarra — et moi et toi — papillon noir — nous sommes chez vous — etsch — endroit — moi — monsieur — Müllerchen — Drillerchen — Père céleste — pour la Gigolagaga gaga — ja ja — brillant — gagerlaga — moi toi — oui oui, non non — griffige, pfiffige, etc...

Parfois c'est un chaos confus de paroles, et des cris provoqués par des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des fragments de phrases; le malade ne perçoit le monde qui l'entoure que dans de courtes rêvasseries et au travers d'illusions toujours changeantes. De ce moment, l'agitation augmente de plus en plus; le malade ne peut presque plus être maintenu dans son lit; il ne cesse de vociférer, malgré la sécheresse de sa bouche; des sifflements se mêlent à des claquements de langue; enfin des sons inarticulés et confus rempla-

cent les paroles. Si on cherche à le tenir solidement, on remarque alors une hyperesthésie évidente de la peau, avec une excitabilité réflexe accrue, de telle sorte que les muscles du bras, quand on le saisit, se contractent sous la main : la main se raidit, et le tronc présente une raideur tétanique passagère. Il survient d'emblée, sans qu'aucune irritation de la peau ait été produite, des tressaillements, des convulsions momentanées, qui parcourent le corps et les extrémités comme des secousses électriques. Les traits de la face deviennent tendus, contractés, de temps à autre relâchés, de sorte que le visage semble couvert d'un masque; puis ils se tordent tout à coup dans des contorsions grimaçantes. Les mouvements des bras ont quelque chose de brusque et de convulsif; tantôt les mains s'attachent aux draps du lit ou s'agitent autour du corps, se portent aux dents, à la langue, etc.; ou bien elles tracent dans l'air des lettres et des signes symboliques; quand le malade est calme, les bras sont le plus souvent en contraction tonique, fortement pressés contre le thorax, les mains fermées, les poings serrés, les extrémités des doigts pressées violemment contre la paume. Après des périodes plus ou moins courtes de stupeur, on voit de nouveau s'écouler un torrent de paroles incohérentes, de consonnances et d'associations de mots désordonnées, de fragments de mots, pendant que la voix prend un ton de plus en plus nasillard. Souvent alors on observe des mouvements brusques, automatiques des bras, tandis que le tronc se projette de côté et d'autre, des grimaces de la figure, des contorsions de la bouche; et tout cela se succède sans interruption et avec une telle brusquerie que le malade, baigné de sueur, paraît près de tomber épuisé. L'alimentation est rendue d'autant plus difficile, les lèvres étant contractées, que l'on provoque du trismus aussitôt qu'on cherche à introduire la cuiller ou qu'on verse quelques gouttes de liquide, et ces tentatives déterminent une expuition réflexe; une fois commencés, les mouvements de la bouche se prolongent pendant des heures entières (souffler, sucer); les extrémités, en se heurtant, se couvrent de contusions et d'ecchymoses. L'urine est le plus souvent albumineuse; il y a incontinence ou rétention. La constipation est habituelle. Les dents deviennent fuligineuses; les paupières sont enduites d'une sécrétion purulente; les pupilles sont tantôt rétrécies, tantôt de dimension moyenne, souvent inégales, toujours lentes à réagir. Le réflexe patellaire est conservé. La fièvre se maintient constamment à un degré élevé, 39°, 40°, 41°; elle a cela de particulier que la température change brusquement, et que, dans l'espace de quelques heures, quelquefois plus rapidement encore, elle tombe à 38 et 37°.

Les changements que présente l'état de la conscience ne sont pas

moins surprenants ; le malade passe tout à coup d'un état de profonde stupeur à une lucidité relative, mais qui n'est jamais complète. Le visage est tantôt rouge et brûlant, tantôt pâle ; les mains et les avant-bras sont souvent, pendant plusieurs heures, de couleur rouge-cerise.

Cet état persiste avec des périodes d'exacerbation et de rémission pendant plusieurs jours, pendant une semaine ou une semaine et demie. Le sommeil peut durer pendant plusieurs heures, mais il est agité de fréquents soubresauts ; l'alimentation se fait aussi dans des conditions satisfaisantes ; le malade reconnaît par moments les personnes de son entourage. On croit toucher à la convalescence ; malheureusement, dans la plupart des cas, c'est une espérance trompeuse. En règle générale, sans complications bien marquées (on en observe cependant, sous la forme d'ictus apoplectiformes), la stupeur passagère des premiers jours devient un état de somnolence toujours plus persistant. On voit se préparer plus ou moins vite la paralysie croissante du cerveau et du cœur ; malgré un sentiment de chaleur brûlante ressentie par le malade, les pieds, les mains, le nez, les lèvres se cyanosent. La langue, tremblante et chargée d'un enduit épais, ne peut être avancée que jusqu'au niveau des dents quand le malade veut la tirer hors de la bouche ; elle ne peut être sortie de la cavité buccale ; les ailes du nez sont pincées. Le malade commence à s'affaisser, le regard est fatigué, terne, la peau flasque. Les eschares sont souvent précoces. Le pouls devient inégal, irrégulier ; il en est de même de la respiration ; les boissons introduites sont gardées et remuées dans la bouche, puis s'écoulent au dehors ; l'appareil de la déglutition commence à mal fonctionner ; on observe des soubresauts des tendons. Les paupières s'abaissent à demi sur les globes oculaires agités de mouvements rapides ou maintenus fixes ; ce symptôme est souvent plus accentué d'un côté que de l'autre. Le malade chuchote d'une manière absolument inintelligible, et ne fait plus attention à aucune question. On peut alors observer des rémissions trompeuses, dans lesquelles il prononce quelques paroles distinctes, exprime en balbutiant le désir de manger, mais ce ne sont plus que les dernières lueurs. Assez fréquemment, vers la fin, on remarque un gonflement des glandes sous-maxillaires, dont la palpation fait contracter le visage avec une expression de douleur. Le malade s'affaisse de plus en plus ; les soubresauts des tendons s'accentuent. La diarrhée et le gâtisme sont fréquents ; chez les femmes une sécrétion sanguinolente suinte quelquefois du vagin. De légers mouvements convulsifs agitent les muscles de la face. Les doigts s'attachent aux draps du lit, aux murailles, d'une façon inconsciente ; un bras, une jambe se lève, s'abaisse automatiquement. La respiration devient plus fréquente, elle se répète jusqu'à 60 fois par minute.

La mort est annoncée par un râle trachéal et des sueurs profuses, en même temps que la température monte fortement. On a observé, dans des cas isolés, des convulsions terminales. En dehors de cette mort lente par paralysie du cerveau, la scène peut aussi se terminer par une mort plus rapide, par épuisement du cœur; c'est l'asystolie qui tue le gibier surmené.

Si la maladie ne se termine pas par la mort (ce qu'on peut espérer seulement dans les cas légers, mais assez rarement), on voit s'amender les principaux symptômes. La fièvre diminue lentement, les mouvements ne sont plus automatiques, mais psychiquement motivés. L'incohérence et la fuite des idées présentent peu à peu un aspect moins désordonné; les intervalles lucides deviennent plus longs. La convalescence, une fois commencée, doit encore traverser une période de plusieurs semaines, au moins, de démence aiguë qui, dans les cas légers, peut disparaître d'une façon plus ou moins complète. Le délire aigu véritable conduit toujours (d'après mes observations) à l'affaiblissement chronique des facultés. Il faut en outre remarquer que la convalescence peut être interrompue tout à coup par une recrudescence de la maladie, qui se termine alors par la mort.

b) *Le délire aigu*, qui parfois termine brusquement par la mort une *paralysie générale* quelquefois à peine commencée, se caractérise par le développement excessif d'une exaltation souvent encore modérée; on observe alors une fuite d'idées incohérentes (un mélange de rêves extravagants), des idées de grandeur, de culpabilité, de jouissance céleste, de frayeur de la mort, des perceptions demi-lucides, une profonde stupidité. D'autre part, apparaissent une sorte de turbulence impulsive et d'aveugle gesticulation (le malade se heurte à tous les obstacles); un tremblement musculaire croissant des extrémités, des contractions fibrillaires des muscles de la face, en même temps un collapsus rapide. Les yeux se creusent, sont à demi fermés, le regard est terne et fatigué; une matière jaune purulente remplit la fente palpébrale; la langue, les lèvres deviennent sèches, se couvrent d'un enduit épais et se fendillent. La tête est chaude, le pouls fréquent, petit; la température s'élève jusqu'à 41°. Bientôt le délire s'exprime par de la mussitation, des hallucinations et une agitation épuisante. Les liquides sont avalés brusquement, mais bientôt la déglutition devient impossible. La stupidité et la prostration générale augmentent; on observe du météorisme, de la rétention d'urine et, très fréquemment aussi, des sueurs profuses. La mort termine cette paralysie rapide du cerveau, ou bien elle est amenée par une congestion des poumons (pneumonies lobulaires).

c) *Délire aigu mélancolique*, avec stupeur (il rentre en partie dans le *delusional stupor* de Newington). La maladie n'a pas un début aussi aigu que dans la forme précédente; il existe toujours un stade précurseur mieux caractérisé (profonde dépression, ou perplexité et angoisse). Le caractère psychique général consiste dans un mélange

de stupidité et d'irritation cérébrale, mais avec prédominance de la stupeur. On observe en même temps, du côté de la motilité, des phénomènes d'ataxie et de paralysie partielle, avec des convulsions toniques. La physionomie mélancolique remplace ici l'aspect maniaque aigu que l'on rencontre dans la forme précédente; c'est un état de dépression avec engourdissement des sens, une anxiété stupide avec de l'agitation réactionnelle, et parfois une sorte de rêverie avec des hallucinations incomplètes. La congestion de la tête présentait, dans le premier cas, les signes d'un état fluxionnaire très actif; ici c'est une stase sanguine du cerveau. La température était, dans le premier cas, très élevée; ici elle est normale ou un peu supérieure à la normale; dans les deux cas, elle est très variable. De même, au point de vue psychique, on observe des périodes alternantes de lucidité et de délire (analogue au rêve). La physionomie de la maladie présente d'un côté le type de l'irritation psychomotrice portée au plus haut degré, de l'autre, celui d'une stupidité avec excitation, d'une paralysie se développant avec des symptômes d'irritation cérébrale (mort par suffocation, *strangulation du cerveau*, compression cérébrale). Le pronostic est plus favorable que dans la forme précédente, mais encore très sérieux; l'évolution est plus lente; elle dure jusqu'à plusieurs semaines.

Le délire aigu à forme mélancolique est une sorte de consomption cérébrale aiguë, se montrant à l'âge adulte, et même à un âge plus avancé; elle repose surtout sur un état constitutionnel (périodes critiques, puerpéralité, lactation); la forme maniaque au contraire appartient à une période moins avancée de la vie; elle a pour origine une irritation cérébrale violente et directe (excès de travail intellectuel, insolation, excès alcooliques; voy. plus haut).

La période d'incubation de la maladie est en général longue; quelquefois elle est courte et n'excède pas quelques jours. Elle se présente sous la forme d'une profonde asthénie cérébrale, d'un état d'angoisse avec constriction de la tête et insomnie, d'une sensibilité très grande aux impressions extérieures. Au début, ce sont des plaintes vagues, hypochondriaques, une hébétude étrange, et bientôt après on voit apparaître, surtout pendant la nuit, une agitation anxieuse, souvent tout à fait inattendue et accompagnée de tendances impulsives. Le malade n'a de repos nulle part: il se cramponne convulsivement à tous les objets, il oppose à toute intervention une violente résistance. Tout l'effraie, ceux qui l'entourent, le moindre bruit entendu; aussi longtemps qu'il est encore conscient, il profère toutes sortes d'accusations contre lui-même; ou bien il exprime la crainte d'être empoisonné, volé; de temps à autre, surviennent des moments lucides pendant lesquels le malade reprend encore confiance; mais à

côté de cela, son intelligence reste remarquablement confuse et apathique. De nouveau reparaît l'angoisse ; l'hébétude s'accroît. La crainte du poison fait repousser au malade toute nourriture. Bientôt les traits du visage prennent un aspect rigide et immobile; ils sont contractés convulsivement ; la bouche est fermée avec force, les yeux sont hagards et agités de mouvements rapides ; d'autres fois, ils restent fixes pendant plusieurs minutes. On voit en même temps des gestes, des mouvements du corps, qui sont des réactions contre des illusions et des hallucinations angoissantes (par exemple : des menaces, des grimaces, etc.). Essaie-t-on d'apaiser le malade, il résiste. Le passage d'un paroxysme anxieux à l'état de stupeur se produit souvent d'une façon progressive, mais souvent aussi d'une manière rapide. Alors le malade reste immobile dans une attitude hébétée, engourdie, les yeux fixes et ouverts, dans une sorte de sommeil où il n'existe plus de perceptions internes ou externes ; plus souvent encore, il ressemble à un homme qui subit un rêve pénible et confus. Des mouvements brusques et sans but se remarquent assez souvent ; l'individu saute du lit, se jette stupidement sur les personnes qui l'entourent. Tous ses actes portent l'empreinte d'une anxiété confuse, avec tendance à se défendre contre des hallucinations. De temps à autre, il murmure quelques paroles isolées (le remords, le poison, la persécution, etc...), ou des phrases entrecoupées indiquant le même état de dépression anxieuse. A certains moments la conscience surmonte ces manifestations délirantes pour arriver à une demi-lucidité : le malade regarde autour de lui et peut avoir quelques perceptions distinctes (le plus souvent mal interprétées, mais pourtant quelquefois exactes). D'autres fois, accès panophobiques avec agitation impulsive, puis retour à la stupeur ; les mouvements ont un caractère adynamique ; ils sont nonchalants, souvent tremblants, ataxiques, incomplets ; dans le repos, les muscles sont tantôt relâchés, tantôt tendus. Les bras sont abaissés, pendants, tandis que les jambes sont raides ; une moitié de la face est contractée, l'autre relâchée et présentant, de temps à autre, du tremblement fibrillaire. La sensibilité de la peau est diminuée ou anéantie. L'hyperesthésie et l'accroissement de l'excitation réflexe (qu'on voit dans le délire maniaque aigu) font ici défaut. Tantôt la face est congestionnée, avec une teinte légèrement bleuâtre, et injection des conjonctives ; tantôt, au contraire, elle est pâle. La température, normale au commencement ou légèrement fébrile, tombe quelquefois, pendant la période de stupeur, au-dessous de la normale, mais en conservant des oscillations caractéristiques (37,5 ; 37,2 ; 36 ; 37,6 ; 37,3) tant que le malade reste au lit dans l'immobilité. Cette température un peu inférieure à la normale persiste, jusqu'à ce que des complications, des maladies incidentes déter-

minent une nouvelle ascension (furoncles, eschares, pneumonies). Le pouls est, par moments, faible et petit, irrégulier, d'autres fois, au contraire, plein et dur; sa fréquence est modérée (elle dépasse rarement 100 pulsations; quelquefois c'est le contraire); il n'existe pas de relation entre la fréquence du pouls et l'élévation de la température; de même la respiration, même à la période fébrile du début, dépasse rarement 30 mouvements respiratoires par minute. Il se produit souvent une transpiration excessive, mais le plus ordinairement localisée. La circulation cutanée se fait d'une manière irrégulière; souvent, la figure est bleuâtre, livide et chaude, tandis que les pieds et les mains sont au contraire refroidis. Les symptômes gastriques ne manquent jamais. La langue est constamment couverte d'un enduit jaunâtre, avec tendance à la sécheresse; il en est de même des lèvres; l'haleine exhale une odeur fétide; la constipation est constamment opiniâtre. Le ventre est dur comme une planche, par suite de la contraction des muscles droits; quelquefois il est creusé en bateau. On observe, dès les premiers jours de la maladie, un refus obstiné de nourriture qui a peut-être pour cause, au commencement, des hallucinations pénibles, mais qui plus tard repose essentiellement sur les troubles de la déglutition (convulsions spasmodiques, et plus tard paralysie).

C'est ainsi que l'on voit persister pendant des jours, et parfois des semaines, cet état caractérisé par des alternatives d'amélioration et d'aggravation, de profond engourdissement et de demi-lucidité. La tendance de la maladie vers la convalescence s'annonce par le relèvement de la nutrition, un pouls plus régulier, plus fort, une température normale, des selles spontanées; en même temps que reparaissent les fonctions intellectuelles, on voit la figure reprendre une expression naturelle et plus intelligente; la conscience redevient de plus en plus lucide. La guérison est obtenue dans l'espace de quelques semaines; mais, d'habitude, on observe encore une période terminale de mélancolie avec des idées de culpabilité, de crainte d'être volé; du reste, ces idées sont isolées, et de plus en plus rectifiées par des perceptions exactes. Cette affection ne laisse après elle qu'un souvenir vague et incomplet.

Si la maladie ne se termine pas par la guérison, ce qui malheureusement est le plus fréquent, on observe l'une des deux terminaisons suivantes : 1° l'affaiblissement chronique de l'intelligence avec prédominance mélancolique; 2° la mort. Cette dernière *a*) succède à des symptômes de compression cérébrale (paralysie bulbaire); le pouls devient inégal, intermittent, fréquent; la respiration irrégulière et supérieure; la déglutition est toujours plus difficile, puis rendue impossible par suite de la parésie musculaire; les pupilles, inégales, se dilatent; la somnolence augmente, et se termine doucement par la mort.

Ou bien *b*) la mort est déterminée par une maladie intercurrente, à la suite de troubles trophiques (abcès, eschares, diarrhée incoercible, pneumonie, etc.).

2° Formes caractérisées par l'épuisement. — Délire aigu avec prostration, ou paralytique.

Les symptômes ne présentent pas l'acuité de la forme maniaque ni l'allure subaigue de la variété mélancolique. On rencontre beaucoup plus souvent une phase prodromique de longue durée, qui est représentée, au point de vue *psychique*, par une dépression hypochondriaque ou démonomaniaque, au point de vue *physique*, par un état d'anémie avec affaiblissement de la nutrition générale et épuisement nerveux. Ce sont des mélancolies invalides, bâtardes, souvent avec apathie très marquée, et qui représentent des types de consomption nerveuse en même temps que d'insuffisance absolue de la fonction de nutrition.

La maladie débute quelquefois par une excitation stupide, une agitation sans but, désordonnée (un penchant à s'échapper, à détruire sans motifs). Puis se manifeste une période de dépression mélancolique avec des hallucinations qui se produisent de temps à autre, tantôt impérieuses (la voix de Dieu, par exemple), tantôt se manifestant comme des apparitions, des ombres incertaines, vagues et sans action. La conscience reste, pendant quelque temps encore, passablement lucide pour la perception des objets environnants. L'humeur change d'une manière extraordinaire suivant les impressions du moment; souvent elle est profondément mélancolique, au point que le malade pousse de douloureux gémissements (il se plaint, par exemple, qu'on lui enlève son innocence lorsqu'on lui donne un lavement). Puis la conscience s'obscurcit de plus en plus, présentant souvent, d'un quart d'heure à l'autre, des alternatives de lucidité et d'obnubilation; cette dernière ressemble, si l'on veut, à une syncope de la conscience plutôt qu'à un état de stupeur.

Alors que le malade comprend encore les questions et les interpellations, on voit tout à coup le regard devenir comme à demi éteint, la figure prendre une expression de raideur et d'immobilité, la bouche rester à moitié ouverte, et la connaissance reparaît, seulement après quelques minutes (souvent avec un soupir); et le malade peut alors communiquer de nouveau avec son entourage.

En même temps, on observe des changements dans la manière de s'exprimer; tantôt les paroles sont assez exactes; tantôt, au contraire, on observe des chuchotements incohérents, ou même, dans la période de stupeur, la perte momentanée de la parole. La nutrition est diminuée,

le pouls petit et passablement fréquent, les extrémités sont froides. Bientôt on doit lutter contre le refus de nourriture. La faiblesse musculaire, l'inertie s'accroissent de plus en plus; le malade, quand il sort de son lit, s'affaisse sur lui-même; il s'accroupit en laissant la tête retomber sur la poitrine. Le refus de nourriture paraît, dans les premiers jours de l'affection, dépendre d'une dépression mélancolique ou d'hallucinations impératives. Par suite des progrès de la maladie, les symptômes de paralysie motrice de l'appareil de la déglutition s'accusent de plus en plus : le refus d'aliments, motivé au début par l'état psychique, dépend alors d'une paralysie organique. Le malade n'oppose plus qu'une résistance de plus en plus passive quand on lui fait prendre des aliments; il garde automatiquement la bouche ouverte et n'oppose à quoi que ce soit la moindre résistance; on constate la rétention d'urine, le gâtisme. La conscience est profondément troublée, les perceptions sont confuses, produites dans une sorte de rêve, ou même elles n'existent plus; les mouvements semblent se faire dans le vague et n'ont pas de but; ils sont inconscients et produits par une action réflexe. Les paroles qui, de temps à autre, s'échappent de la bouche du malade, ne sont plus que des syllabes s'attirant les unes les autres par de simples consonnances, ou des associations de mots dénuées de sens :

Exemples : gagaga — bebeleb. — Associations de mots dénuées de sens : habit vert — fil rouge — feuilles bleues — lis gris — encore un chapelet — les bœufs ensemble — avec la fourche à fumier — les oreilles bleues — les boucles d'oreilles rouges — boîte de boutons — avec mon licol — dans la prière du soir — ainsi j'ai pris les rats, etc...

Souvent ces monologues durent nuit et jour; de temps à autre, on voit se manifester des oscillations caractéristiques : à un moment, le malade est apathique et insensible; à un autre moment, il peut devenir demi-lucide, au point de faire quelques réponses passables. Quelques-uns déclarent que les paroles et les mouvements se produisent sans qu'ils en aient conscience, sans qu'ils sachent pourquoi. Certains font des mouvements continuels, s'efforcent de sortir du lit, ou de tirer les draps, sans s'apercevoir de l'inutilité de leurs efforts, ni des inconvénients qui peuvent en résulter. Il n'existe pas chez le malade une disposition d'esprit déterminée, et même les déclarations qu'il fait parfois (qu'il n'a pas de tête, pas d'estomac, qu'il croit être mort) sont pour lui sans importance véritable. La température est maintenant, le plus souvent, au-dessous de la normale, le pouls petit, la peau flasque, tantôt sèche, tantôt couverte d'une sueur visqueuse. Les malades s'affaiblissent, dans l'intervalle d'une ou deux semaines, en présentant les symptômes suivants : amaigrissement progressif, anémie profonde, disposition aux eschares rapides, catarrhes des bronches et de la

vessie, langue sèche et très chargée, fétidité de l'haleine (quelquefois aussi ptyalisme); ils gisent dans leur lit, apathiques, les yeux profondément enfoncés, la bouche ouverte, tout en ayant, de temps à autre, une perception vague de ce qui les entoure. La marche est irrégulière, avec des rémissions trompeuses; dans la règle, elle dure plusieurs semaines, et les malades meurent par inanition ou par suite de complications (pneumonies lobulaires, diarrhée, phlegmons, etc...).

Le rétablissement progressif s'observe assez fréquemment dans cette forme avec épuisement. Le malade, arrivé à la dernière période de l'inanition, recommence à manger seul; le pouls devient plus fort, et la température remonte petit à petit jusqu'à la normale. Il subsiste pendant encore assez longtemps un état de faiblesse intellectuelle, avec des vociférations incohérentes (quelquefois écholalie, imitation prolongée de cris d'animaux); les traits sont flasques et lâches, les gestes désordonnés. La déglutition et les mouvements complexes et délicats des mains doivent souvent être réappris, de même qu'après la stupeur primitive, mais avec un succès plus prompt. Quelques semaines au moins s'écoulent avant que la guérison soit complète, pendant que le poids du corps augmente considérablement.

Anatomie pathologique. — Au type I, au groupe irritatif du délire aigu, correspond une vascularisation très intense du cerveau et des méninges, ainsi que de la moelle. C'est une congestion plus ou moins considérable des méninges, de la substance corticale et médullaire, des parties grises centrales, des sinus, des os du crâne; outre cette lésion, on trouve aussi des infiltrations séreuses plus ou moins marquées des méninges et du cerveau. Sur des coupes, l'hyperhémie se montre tantôt sous forme d'une zone continue d'un bleu violet dans la substance corticale; tantôt, et le plus souvent, sous la forme de plaques interrompues par la coloration grise normale. La substance blanche est aussi violette, et, sur des coupes transversales, présente un état criblé, dû à de petites gouttelettes de sang noirâtre. Dans les méninges, on voit une injection artérielle très fine; les vaisseaux, roulés en tire-bouchon, sont entourés d'un ourlet blanchâtre; plus souvent l'hyperhémie porte sur le système veineux; les veines s'étendent alors sous forme de cordons pleins et ondulés. Les ventricules présentent une injection intense, quelquefois de petites ecchymoses, et renferment un liquide abondant, souvent teinté de rouge. La substance grise de la moelle offre aussi cette hyperhémie, généralisée ou disposée par plaques.

Ces lésions d'ensemble varient beaucoup d'après les cas particuliers, d'après le degré de l'excitation cérébrale (du moins à ce qu'il semble), et beaucoup aussi d'après le stade de la maladie. Si l'on compare un certain nombre d'autopsies, il en ressort que, en général, il s'agit dans ce groupe d'un état de plénitude anormale du système vasculaire cérébral; mais la congestion est tantôt passive, tantôt active. Si l'on rapproche ces lésions de la symptomatologie, on voit que le groupe A correspond à l'hyperhémie active, le groupe B à l'hyperhémie passive; mais il existe beaucoup de cas

intermédiaires. L'œdème cérébral, qui est presque constant, a une influence considérable sur l'aspect de la lésion à l'autopsie, et il faut toujours en tenir compte dans l'appréciation. Probablement, cet œdème explique la disposition de la rougeur corticale, qui est continue, ou fragmentée en îlots (marbrures, taches d'un rouge vif); l'examen de la substance grise, souvent gonflée et transparente, conduit à la même conclusion. L'hyperhémie varie d'après la région, suivant que la coupe est verticale ou transversale; ce sont les couches corticales profondes et la couche blanche superficielle sous-jacente qui sont surtout hyperhémiées; au-dessous c'est l'infiltration séreuse qui domine. Pourtant l'inverse s'observe dans certains cas. A la surface du cerveau, la topographie de l'hyperhémie est variable. Le cervelet est presque toujours congestionné; par contre, le bulbe et le pont de Varole sont pâles et œdématiés. Malgré l'œdème, la consistance de la substance blanche est ordinairement visqueuse et ferme, et des vaisseaux sont visibles sur les coupes.

Dans les cas les plus typiques de la forme avec épuisement (II), le cerveau est manifestement œdématié et anémié; les hémisphères sont distendus, gonflés; sur une coupe, on voit de nombreuses gouttelettes de sang; l'isthme cérébral et les parties voisines sont œdématiés. La partie profonde de la couche corticale présente aussi une légère teinte rouge, et quelquefois elle paraît ramollie. Les méninges sont le siège d'une hyperhémie veineuse, parfois avec des suffusions sanguines disséminées; d'ordinaire elles sont le siège d'un œdème généralisé.

L'étroitesse, signalée dernièrement, des trous déchirés postérieurs (Hertz) (étroitesse que j'ai constatée aussi dans un cas récent) peut favoriser mécaniquement cette congestion, qui peut aller jusqu'à produire la strangulation cérébrale, surtout s'il existe (comme dans mon cas) un épaississement considérable du crâne, avec oblitération des canaux veineux crâniens. Peut-être faut-il accorder une importance non moins grande à l'état individuel du système vaso-moteur cérébral; chez des sujets prédisposés, la parésie vaso-motrice peut causer une distension permanente des vaisseaux et une hyperhémie intense, qui (les conditions mécaniques indiquées plus haut venant s'y ajouter) peuvent produire une asphyxie veineuse du cerveau.

Fürstner a constaté au microscope une lésion intéressante, la dégénérescence colloïde des muscles, dans plusieurs cas de délire aigu, sans qu'il y eût en même temps de lésion cérébrale importante.

L'*examen microscopique* de la couche corticale confirme, d'après mon expérience, pour le groupe maniaque, l'existence d'une forte hyperhémie cérébrale, active et passive, et d'intensité variable dans les différentes régions. Je n'ai observé qu'une fois, dans ce délire, au cours d'une paralysie générale, la migration des hématies dans le parenchyme (ce qui a été vu par Leidesdorf). Par contre, j'ai constaté une *macération* profonde de la névroglie, reconnaissable à ce que les cellules nerveuses avec leurs nombreux prolongements se séparaient déjà en grand nombre et parfaitement intactes, du tissu intercellulaire à la simple dissociation de la préparation fraîche (après un séjour de vingt-quatre heures dans le bichromate de potasse);

ce phénomène ne s'observe d'ordinaire qu'après une macération longtemps prolongée. La névroglie elle-même se montrait fortement infiltrée de sérum, ou même de lymphe; les cellules arachnoïdes, au voisinage des vaisseaux hyperhémiés, étaient remplies du même liquide opaque et brillant. On a décrit aussi un gonflement notable du réseau lymphatique dans la couche corticale, ayant pu déterminer un ébranlement des éléments nerveux de cette couche. Dans un autre cas de délire maniaque des plus intenses (avec impaludisme), j'ai constaté de la mélanémie dans le cerveau. A ces lésions trouvées dans le délire aigu, on a opposé des faits négatifs; mais, en ce qui concerne l'hyperhémie cérébrale, et jusqu'à preuve absolue du contraire, on doit admettre que l'œdème avait fait disparaître l'injection des vaisseaux; (récemment on a cru constater des altérations du sang et la présence de bactéries. Voy. Bibl.).

Devons-nous conserver au délire aigu la valeur d'une entité clinique ? Cette question a été posée à plusieurs reprises. Le doute a paru justifié à des hommes compétents (Mendel, Jolly), qui se sont refusés à voir une entité dans le délire aigu. On a fait surtout remarquer que, sous cette dénomination, on a réuni plusieurs processus hétérogènes : lésions cérébrales diffuses, délires par intoxication, processus maniaques et mélancoliques, etc. On a cru aussi que nos opinions anciennes et actuelles sur ce sujet ne concordaient pas; pourtant je suis resté fidèle à mon opinion première; je crois encore aujourd'hui que le délire aigu n'est pas une maladie *sui generis;* je crois fermement qu'il comprend une série d'affections cérébrales aiguës et de neuropsychoses. Je reconnais également la dépendance étroite du groupe irritatif avec certains accès aigus fébriles de stupeur. Mais l'identité de ces différents processus n'est pas établie; au point de vue des symptômes, il manque à la manie suraiguë les troubles moteurs convulsifs, l'augmentation de l'excitabilité réflexe, la fuite d'idées caractéristique, la stupidité primitive intense et surtout les rémissions dans la marche de la maladie, qui sont si particulières au délire aigu. J'ai observé des phases aiguës fébriles de stupeur dans les mélancolies actives graves; mais elles se produisaient brusquement, et finissaient de même, véritablement comparables ici à un état épileptique, auquel Fürstner a comparé tout récemment, au point de vue nosologique, le délire aigu (à tort selon moi); ces épisodes de stupeur ne modifient pas non plus si nettement la marche de la maladie, n'amènent pas tout à coup un danger imminent, ou, dans les cas favorables, n'entraînent pas un état pathologique durable, comme le fait le délire aigu. Il faut reconnaître, en tout cas, que nous observons des cas intermédiaires comme dans toute forme psychique, et que, particulièrement, la manie grave peut, sous certaines conditions qui nous sont inconnues, arriver à présenter les symptômes qui caractérisent le délire aigu. Mais on n'en saurait tirer une objection contre l'existence de ce syndrome clinique; car, malgré tout, on doit reconnaître la *physionomie clinique particulière* de ce syndrome (qualité de chacun des symptômes, leurs relations, leur marche), qui ne se rencontre jamais dans la manie grave; on ne peut nier, non plus, que le pronostic ne soit différent. Outre ce point de vue *théorique,* la clinique trouve un grand avantage à considérer le délire aigu

comme une forme à part : nous insistons aussi sur le *danger* particulièrement grave qui correspond à cette combinaison de symptômes à physionomie spéciale, que cette forme se produise directement ou qu'elle arrive comme épisode ou comme terminaison dans la marche d'un délire systématisé aigu, d'une manie idiopathique, ou d'une paralysie.

Peut-être, dans un temps prochain, l'existence du délire aigu sera-t-elle établie par l'anatomie pathologique, si (comme je le crois) l'on pouvait démontrer que la forme maniaque correspond à une hyperhémie active (épuisement aigu), la forme mélancolique à une congestion passive avec stase sanguine et œdème (asphyxie cérébrale), et la forme paralytique à un état anémique avec inanition du cerveau. Alors on pourra mieux apprécier et concevoir quelles sont les formes de psychoses qui d'après leur base anatomique peuvent avoir l'une ou l'autre de ces terminaisons. Avant même qu'on ait pu établir l'entité anatomique du délire aigu, il n'est pas admissible, au point de vue pratique, de rejeter ce syndrome dont l'aspect clinique présente une si grande netteté. L'entité clinique n'est pas établie par des symptômes spéciaux, mais par la combinaison des symptômes, leur acuité, leur physionomie particulière et leur marche, qui permettent de diagnostiquer sûrement le délire aigu, et qui caractérisent ainsi un type important à connaître dans la pratique.

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement est différent pour les deux groupes du délire aigu : dans le premier groupe, dans la forme irritative, il faut combattre les fluxions et les hyperhémies passives (mélange de congestion active et passive). Dans le deuxième groupe, dans la forme asthénique (paralytique), il faut lutter contre l'épuisement ; là, les antiphlogistiques sont indiqués, ici les toniques. Dans le premier groupe, il peut être impérieusement indiqué de relever l'état des forces physiques, quand il y a refus d'aliments ou quand l'alimentation est devenue impossible.

Le *repos au lit* est tout particulièrement indispensable dans toutes les formes, même si la force est nécessaire pour l'imposer. Il faut éviter au malade toutes les excitations du dehors ; par suite, isolement dans une chambre sombre, silence aussi complet que possible autour du malade ; vessie remplie de glace sur la tête ; faire sucer des morceaux de glace ; lotions froides sur le corps, et, suivant le cas, bains tièdes. Si l'état des forces le permet, ne pas redouter, au début, de petites saignées locales. Dérivation sur le canal intestinal. Dans les fluxions très intenses, les injections d'ergotine réussissent assez souvent à modérer l'hyperhémie. Des aliments liquides doivent être versés dans la bouche à l'aide d'une cuiller, à fréquentes reprises (bouillon de viande très concentré, dans lequel on a délayé des jaunes d'œufs) ; on tiendra grand compte de l'augmentation de l'excitabilité réflexe dans les muscles de la bouche et du pharynx.

Lavements nutritifs. — Dans l'adynamie commençante, champagne, musc. — Dans la forme asthénique, repos au lit; éviter le refroidissement; si la déglutition se fait mal, l'emploi de la sonde est indispensable, et il ne faut pas hésiter à y recourir; de plus, lotions avec du vin. — Dans le collapsus, injections de camphre et d'éther; ces états graves de faiblesse reparaissent souvent à l'improviste, aussi faut-il continuer des soins incessants. Dans l'agitation délirante *ex inanitione*, le xérès additionné de quelques gouttes d'opium et donné en plusieurs fois dans la journée est d'un bon secours, aussi bien pour calmer et procurer le sommeil que pour soutenir les forces.

PARALYSIE GÉNÉRALE

Bibliographie. — Bibl. complète dans Krafft-Ebing, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1866, et dans Hitzig, *Deutsch. Handb.*, Bd 11. — Travaux récents : Voisin, *Traité de la paralysie gén. des aliénés*, 1879. — Mendel, *Die progressive Paralyse der Irren*, 1880; et *Traité* de Wernicke, *Maladies cérébrales*, t. III. — Rosenthal, *Paralys. progress. Pamiętnik. tow. lak. warsz.*, 1879. — Travaux spéciaux récents : **Attaques convulsives** : Westphal, *Arch. f. Psych.*, 5. — Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1858. — Zacher, *Sur les troubles de la motilité après les convulsions, troubles de la vue, des vaso-moteurs, réflexes cutanés*, Arch. f. Psych., 14. — Bechterew, *Petersb. med. Wochenschr.*, 1881; et *Arch. f. Psych.*, 14. — Eickholt, *Allg. Z. f. Psych.*, 41. — **Pupilles** : Thurnam, *Journ. of ment. sc.*, 1880. — **Langage** : Kussmaul, *Troubles du langage*, p. 206. — Brosius, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 14. — Zenker, *Ibid.*, 37. — Voisin, *Arch. gén.*, 1876. — Gallopain, *Ann. méd. psych.*, 1876. — **Écriture et lecture** : Rabbas, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 41. — Rieger, *Würzb. Sitzungsber.*, 1884. — **Réflexe patellaire** : Westphal, *Arch. f. Psych.*, 8. — Claus, *Allg. Zeitschr., f. Psych.*, 38. — Fischer, *Arch. f. Psych.*, 11. — Mickle, *Journ. of ment. sc.*, 1882. — Spitzka, *Am. Journ. of neur. a. psych.*, 1883 (réflexes tendineux). — **Troubles de la vue et hallucinations** : G. Ludwig, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 13. — Wendt, *Ibid.*, 19 et 25. — Westphal, *Arch. f. Psych.*, 1. — Klein, *Psych. Stud. aus Leidesdorf's Klinik.* — Mickle, *Journ. of ment. sc.*, 1881, *n.* 1882. — Fürstner, *Arch. f. Psych.*, 8. — Claus, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 35. — Moeli, *Ibid.*, 39. — Duterque, *Ann. méd. psych.*, 1882. — Borysiekiewicz, *Allg. Wiener med. Ztg.*, 1882. — Hirschberg, *Neur. Centralbl.*, 1883. — Wiglesworth and Bickerton. Brain, 1884. — Uhthoff, *Centratbl. f. klin. Med.*, 1883. — Stenger, *Arch. f. Psych.*, 13. — **Température** : Reinhard, *Arch. f. Psych.*, 10. — Krömer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36 (Bibliogr.). — Riva, *Arch. Ital.*, 1880. — Betcherew, *Petersb. med. Wochenschr.*, 1881 et 1882 (abaissement de la température). — Du même, *Arch. f. Psych.*, 14. — Hitzig, *Arch. f. Psych.*, *Neurologen. Versmlg*, 1884 (même sujet). — Wirsch, *Thèse*, Berlin, 1881. — Comparer avec : Williams, *Med. Times and Gaz.*, 1867. — Gibson, *Journ. of ment. sc.*, 1868. — Clouston, *Ibid.* — Maragliano et Sepilli, *Riv. sper.*, 1879. — Tambroni, *Ibid.*, 1884. — **Troubles trophiques** : Bonnet, *l'Encéph.*, 5. — **Étude clinique** : *a.* Début de la paralysie : Sander, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1876. — Kirn, *Arch. f. klin. Med.*, 1877. — Kiernan (kleptomanie), *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1881. — Weiss, *Wien. med. Wochenschr.*, 1883. — Lizaret, (fatigue cérébrale comme symptôme initial brusque). *Revue méd. de l'Est*, 1884. — Howard, *Am. Journ. of neur.*, etc., 1883. — *b.* Rémissions : Christian, *Ann. méd. psych.*, 1880. — Andruzky, *Kowatewsky's Centralbl.*, 1883. — Hammond, *Journ. of n. and. ment. dis.*, 1883. — Boettger, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34. — Krafft-Ebing (applications médico-légales), *in Friedreich's Blättern* (avec bibl.). — *c.* Variétés dans la marche : Hoestermann, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32. — Schüle, *Ibid.*, 1876. — Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1877. — Du même, *Ibid.*, 1880 (hémiplégie initiale). — Du même, *Ibid.*, 1881 (période congestive initiale avec aphasie et aura). — Foville, *Ibid.*, 1881. — *d.* Paralysie circulaire : Laffite, *Ann. méd. psych.*, 1882. — Bigot, *Ibid.*, 1883. — Laehr, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 39. — Benno, *Ibid.*, 39. — **Anatomie pathologique** : voir Hitzig, Emminghaus, *Psychopathologie* (avec bibl. détaillée). — **Travaux récents** : Tuczek, *Neurolog. Centralbl.*, 1883; et *Beiträge zur pathol. Anatomie*, et *zur Patholog. der Dementia par. Monogr.*, 1884. — Mendel, *Neurol. Centralbl.*, 1882, et *Berl. klin. Woch.*, 1883. — Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1882. — Rey, *Ibid.* — Claus, *Arch. für Psych.*, 12. — Amadei, *Riv. sper.*, 1883. — Binswanger, *Ienær Stizgsber.*, 1884. — Zacher, *Arch. für Psych.*, XVIII. — **Étude clinique et anatomique des lésions et**

des symptômes médullaires concomitants : Westphal, *Virch. Arch.*, 39, et *Arch. f. Psych.*, 12. — Simon, *Arch. f. Psych.*, 1 et 2. — v. Rabenau, *Ibid.*, 3. — L. Meyer, *Ibid.* — Zacher, *Neurol. Centralbl.*, 1886 (sclér. latér. amyotroph.). — Tiggs, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 29. — **Paralysie chez les femmes :** Sander, *Berl. klin. Woch.*, 1870. — v. Krafft-Ebing, *Arch. f. Psych.*, 35. — Jung, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 35. — Fritsch, *Wiener med. Pr.*, 1879. — Sioli, *Char. Ann.*, IV, 1877. — Adam, *Thèse*. Paris, 1879. — Colovitch, *Thèse*. Paris, 1883. — Sepilli, *Riv. sper.*, IX, 1883. — **Nosologie dans la paralysie :** Spitzka, *Chic. méd. Revue*, 1881. — Loggia (cité par Workman, *in Alien. and Neur.*, 1883). — Mann, *Bost. med. and surg. Journ.*, 1879. — Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1883. — **Thérapeutique :** L. Meyer (frictions stibiées), *Berl. klin. Woch.*, 1877. — Du même, *Ibid.*, 1880 (réponse à Haunhorst, *Ibid.*, *Nr.*, 13). — Œbeke, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 58. — **Guérison de la paralysie :** Calmeil, *Traité*, p. 286. — Baillarger, *Ann. méd. psych.*, III, t. IV. — Nasse, *Irrenfreund*, 1870. — Schüle, *Allg. z. f. Psych.*, 32. — Flemming, *Irrenfreund*, 1877. — Stölzner, *Ibid.*, — Gauster, *Psych. Centralbl.*, 1876 ; et *Jahrb. f. Psych.*, 1879. — Œbeke, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36. — *Ann. méd. psych.*, 1879. — L. Meyer, *Berl. klin. Woch.*, 1878. — Tuczek, *loc. cit.* — Nasse, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 42 (note critique sur les cas de guérison).

PARALYSIE GÉNÉRALE CLASSIQUE.

La paralysie classique est un processus pathologique chronique, rarement subaigu, qui consiste, au point de vue symptomatique, dans un ensemble de troubles morbides portant sur les fonctions intellectuelles et physiques (la motilité), et ayant pour caractère particulier l'affaiblissement progressif, qui tend d'une part à la démence, de l'autre à une paralysie plus ou moins complète. Au début, les manifestations symptomatologiques sont extrêmement variables; on voit se produire les états intellectuels les plus différents, et, soit que les symptômes psychiques prédominent, ou que ce soit la lésion de la motilité, tous les cas sont marqués, au point de vue *psychique*, par l'affaiblissement primitif de l'intelligence. Le plus souvent, cet affaiblissement s'accompagne d'un délire ambitieux caractéristique, et, au point de vue de la *motilité*, d'un affaissement progressif des fonctions psychomotrices (corticales), se terminant par une véritable ataxie et une paralysie de caractère spinal. L'épuisement de la fonction cérébro-spinale et les hyperhémies centrales, conséquences de la paralysie vaso-motrice, constituent la cause étiologique fondamentale de la maladie. Sous le rapport biologique, on observe comme cause prédisposante l'âge où le cerveau a acquis son plus complet développement (l'âge où la circulation cérébrale est le plus active, 35 à 45 ans chez l'homme). L'hérédité joue aussi un rôle important. La paralysie dans sa forme clinique parfaite s'observe principalement chez les hommes; beaucoup plus rare chez les femmes, elle présente souvent chez elles une physionomie différente.

L'évolution de ces types se caractérise par des alternatives d'exacerbation et de rémission; celle-ci peut parfois faire croire à la gué-

rison (intermission). Plus tard, à mesure que la maladie se développe, on voit se mêler de plus en plus à l'ensemble symptomatologique des signes physiques qui rendent évidentes les lésions diffuses du cerveau, caractérisées par l'atrophie. La mort est de beaucoup la terminaison la plus fréquente; les guérisons sont extrêmement rares; cependant on en connaît un petit nombre de cas (voy. plus loin, *Diagnostic anatomique*).

ANALYSE DES SYMPTOMES.

La *conscience* (considérée comme la résultante des fonctions psychiques du moi) est toujours profondément altérée; et l'on observe non seulement des anomalies bizarres et spéciales des conceptions (délire des grandeurs), mais, avant tout, une faiblesse intellectuelle générale. Dès le début, on voit apparaître comme un léger engourdissement de la personnalité. Pourtant cette personnalité est presque entièrement comparable, pour les manifestations intellectuelles, à l'état primitif, antérieur au début de l'affection. Le caractère est changé; il est plus léger, malgré l'intégrité des fonctions intellectuelles, malgré la correction persistante des actes de l'intelligence. Les idées élevées, les préceptes de la morale, le devoir, les bonnes mœurs, le respect d'autrui et de sa propre dignité ne sont pas encore détruits, mais ils n'ont déjà plus la même action. Les sentiments affectifs, les sentiments altruistes s'engourdissent, diminuent et se rapetissent de plus en plus; le sentiment du beau et de la compassion perd cette chaleur qui anime la vie intellectuelle; *et le malade ne s'en aperçoit pas!* D'une façon graduelle et insensible, l'affaiblissement s'étend à la vie intellectuelle proprement dite. La faculté de concentrer, de fixer l'attention, commence à être légèrement atteinte, ainsi que l'aptitude à coordonner les idées et à en former des associations plus ou moins complexes; pourtant le malade est encore capable de faire de courtes associations d'idées qui lui étaient autrefois familières. Peu à peu, et souvent dès le début, on observe des altérations de la mémoire; le malade fait, par oubli, des erreurs très importantes, et souvent même sur les sujets qu'il connaissait le mieux par un long exercice de sa profession; et il reste indifférent lorsqu'on lui fait remarquer ce lapsus: il ne le comprend pas.

D'un autre côté, il est digne de remarque, au point de vue psychologique, que le malade, qui ne voit pas la poutre dans son œil, découvre une paille dans l'œil de son voisin, et peut porter, à ce sujet, un jugement exact.

Bientôt se détruit le lien qui rattache les associations d'idées acquises, et, de temps en temps, des associations d'idées vulgaires, des mots usuels font tout à coup défaut au malade; il s'arrête au mi-

lieu de la conversation, passe d'un sujet à l'autre, parce que le fil des idées est à chaque instant rompu. Il n'est plus capable d'apprendre ; les perceptions nouvelles ne sont plus conçues, ou bien elles ne sont plus exactes. Les notions générales de l'espace, du temps, n'ont plus la même sûreté; le malade se trompe sur les dates, sur l'appréciation de l'heure, du lieu où il se trouve. Il ne reconnaît plus les personnes qu'il voyait journellement, il ne sait plus leur nom, il les prend l'une pour l'autre. Outre cet affaiblissement progressif du patrimoine intellectuel, on voit que le malade comprend de moins en moins les faits réels ; en même temps diminue l'aptitude à juger et à critiquer; cet état de démence progressive prépare le terrain pour la production des idées des grandeurs. Elles revêtent des caractères spéciaux dans la paralysie classique : elles se forment brusquement ; elles portent sur des sujets peu élevés ; elles sont impossibles et grotesques (contrairement à ce qui se présente dans le délire systématique). Ces idées de grandeur sont mobiles, mal fondées et peu consistantes.

En une minute, le malade vous offre plusieurs milliers de millions ; il commande des tonnes de caviar et des montagnes de sandwiches ; et, l'instant d'après, il a tout oublié. Tout cela est produit par des souvenirs latents, des perceptions du moment même, par une idée bizarre agrandie par l'organe malade; sous l'influence de l'imagination surexcitée, se forme cette sorte de chaos et d'exposition indéfiniment changeante des idées de grandeur. Le malade détache les étoiles de la voûte céleste et les remplace par des boules d'or; sur les chaînes de montagnes du monde entier sont placés des chemins de fer qui, en un clin d'œil, vous transportent dans la lune; il exploite l'atmosphère, et chaque mouvement de respiration lui est payé un million; il est âgé de plusieurs milliards d'années; il possède des milliers de femmes; par sa force virile gigantesque il renouvelle chaque jour la population du monde entier ; il ressuscite les morts. Il a fait toutes les poésies, tous les ouvrages : Homère, Dante, Schakespeare sont les pseudonymes de sa personnalité infinie ; il est Dieu, supérieur à Dieu ; devant lui, le Dieu ordinaire doit fléchir les genoux. Chez le paralytique, on ne peut trouver aucune trace de la logique qu'on observe dans le délire systématisé même à l'état aigu, alors que celui qui en est atteint se perd dans les conceptions philanthropiques les plus démesurées. Plus on questionne le malade, et plus il s'exalte; mais toujours il se montre niais et puéril, et surtout ses conceptions n'ont aucune logique. Si on lui donne un cigare et une allumette, il redescend des plus hautes régions à la réalité, et se montre pleinement satisfait.

A côté de ce délire expansif et ambitieux, on voit se manifester des idées de dépression, d'annihilation qui dépassent toutes les limites; l'imagination revêt, sous ce rapport, la plus incroyable exagération; dans certains cas, ce délire a une base réelle dans des sensations *hypochondriaques;* c'est une sorte de micromanie que l'on peut opposer à l'espèce de mégalomanie que l'on vient de décrire. Les malades — atteints de troubles de la digestion —

disent que leur estomac est cousu, bouché; la bouche et l'anus sont fermés; l'intérieur du corps est rempli de pus. Ils refusent de s'asseoir à table, parce qu'ils ne trouvent pas de siège assez haut pour eux; ils croient que leur corps a changé de forme; par exemple, ils s'imaginent qu'il est devenu triangulaire. Ils n'ont plus de tête, plus de pieds; ils ne peuvent plus manger ni digérer parce qu'ils n'ont plus d'intestins, que la cuiller est trop grande; la soupe qu'on leur présente leur paraît, en face de leur petitesse, une mer immense dans laquelle ils craignent de se noyer; de leur nombril s'échappent des boîtes remplies de jouets de Nuremberg, etc.

D'autres fois le délire micromaniaque présente une teinte *mélancolique:* les malades sont un produit de l'enfer, des monstres hideux; tous leurs aliments sont de détestables ordures; ils sont plongés dans la nuit et les ténèbres, etc.

Ce qui est digne de remarque, et ce qui est un point important pour montrer bien l'origine non pas intellectuelle mais organique de cette disposition morale et de cet état de la conscience, c'est le passage brusque de la période d'expansion dans celle de dépression.

Tout d'un coup, le malade tombe du ciel dans l'enfer; tout à l'heure supérieur à Dieu, il est, l'instant d'après, un damné (Meschede). Ces deux délires peuvent alterner dans l'espace d'une heure; d'autres fois ils se montrent périodiquement dans le cours d'une même journée; le matin c'est l'état expansif, le soir, la forme dépressive; cette dernière s'accompagne de brusques impulsions au suicide.

Le *moral* est altéré, et plus peut-être que l'*intelligence;* car, dès le début de la maladie, on constate des lacunes morales. Le caractère change, devient égoïste; le sentiment de l'idéal est perdu, ainsi que le décorum et le sens de la dignité personnelle. Dès le début aussi l'humeur est pathologique. En général, on observe un sentiment de bien-être porté à un haut degré ; c'est une triste ironie de la nature qui donne au malade la trompeuse image de toutes les jouissances extérieures pendant qu'elle accomplit en lui la ruine progressive et sans remède de son intelligence. Il se laisse emporter par le sentiment exagéré de sa personnalité pendant qu'il court à la banqueroute intellectuelle ! Les malades sont heureux au-delà de toute expression, mieux portants que jamais; ils ont un sentiment exagéré de leur force corporelle qui les pousse à tous les excès. Le sentiment de toute convenance est chez eux tellement émoussé qu'on les voit se livrer à tous leurs penchants, grossièrement et sans le moindre respect de leur dignité et de celle de leur famille; ils s'abandonnent à de brutales débauches, vénériennes et bachiques. Tout ce qui les préoccupait autrefois est oublié; le malade ne pense plus, dans son affaiblissement moral, aux devoirs habituels. Il prend tout en plaisanterie, avec la nonchalance de l'individu atteint de démence ; la mort de ses parents, la séparation, le renoncement forcé à une profession qu'il aimait, tout le laisse indifférent.

Cette diminution de la sensibilité morale s'accentue avec les progrès de la maladie; quelquefois cependant on voit, même tardivement, un réveil passager de la sensibilité morale (voy. plus loin les différentes altérations des sentiments affectifs et moraux dans les diverses variétés de la paralysie).

A côté de cette indifférence morale, on observe concurremment, en règle générale, une irritabilité non moins grande ; un refus peut provoquer chez le malade, jusque-là inoffensif et bienveillant, une rage furieuse, et l'entraîner à des actes d'une dangereuse brutalité. Dans les manifestations passionnelles, dans l'incroyable oubli de toute retenue, dans la grossièreté de l'homme autrefois bien élevé et dont l'intelligence est encore relativement conservée, dans les mauvais traitements qu'il inflige à sa femme et à ses enfants, on voit apparaître d'une manière effrayante la déchéance morale. Les délits et les contraventions sont très fréquents à cette période initiale de la maladie (voy. plus loin). Une fois l'action commise, tout est oublié par le malade; il ne témoigne aucun repentir, car il ne s'aperçoit pas de sa brutalité, il *ne la sent pas*.

En même temps que la maladie progresse, l'affaiblissement du sens moral devient extrême, comme l'affaiblissement des facultés intellectuelles ; cependant cette marche n'est pas toujours régulière ; quelquefois on voit persister une certaine bonne humeur enfantine ; souvent, au contraire, c'est une irritabilité sans motifs, une brusque réaction contre un malaise intérieur, qui survient de temps à autre avec impulsions à des actes de violente brutalité contre soi-même ou contre les autres.

Comme le délire de grandeur alternait avec des idées d'anéantissement, de même les dispositions expansives et dépressives se remplacent, souvent même avec une aussi grande brusquerie. L'état de dépression peut revêtir une forme mélancolique, mais très fréquemment aussi une forme hypochondriaque. Parfois ce sont des périodes alternantes (voy. plus loin). Le paralytique apprécie quelquefois son état avec justesse; il est des malades qui, à certains moments, se plaignent de leur incurabilité (un médecin portait sur son propre cas le diagnostic d'atrophie du cerveau); ou bien encore on voit succéder à une période de bien-être une oppression douloureuse, des pleurs et d'extraordinaires angoisses, pendant lesquelles le malade examine son urine, ses crachats, et tombe dans un désespoir profond à l'occasion d'une pollution qui s'est produite pendant la nuit.

Dans les cas de paralysie sans délire ambitieux caractéristique (démence primitive; voy. plus loin) on peut observer une agitation inquiète; les larmes sont toujours prêtes à couler, et il existe une sorte d'angoisse hypochondriaque, qui s'apaise d'elle-même. et qui est remplacée par de vagues

espérances de guérison; dans beaucoup de cas, tel est l'état moral pendant toute la marche de la maladie; et seulement vers la fin on voit survenir brusquement un désespoir inconsolable.

a) **Les troubles de la volonté** ont été décrits en grande partie dans l'exposition des troubles du moral et de l'intelligence. On observe des actes déterminés par une irritabilité morbide, par le délire ambitieux expansif ou dépressif, par l'affaiblissement intellectuel; ils sont caractérisés par des impulsions venant des sens, et que la raison ne domine plus; par un manque de jugement qui empêche de distinguer le mien du tien; ou enfin par une méchanceté d'idiot et un besoin stupide de vengeance. Les actes pathologiques sont toujours motivés par une raison psychique; le malade en a conscience, ou s'en rend compte après que l'acte est accompli. Très souvent les motifs de l'acte, la détermination, correspondent à une impulsion obscurément sentie, dont le malade ne peut donner une explication précise.

Par suite, le paralytique a souvent affaire à la *justice;* en effet, sauf l'épilepsie et l'alcoolisme, il n'est pas de troubles intellectuels qui déterminent un aussi grand nombre d'actes délictueux; dans les moments d'excitation de la période initiale, ce sont des conflits avec la police; le malade trouble la tranquillité publique, se livre dans la rue à une foule d'actes condamnables; ou, d'autre part, il fait des dépenses exagérées, des achats insensés, des entreprises fantastiques. Puis le paralytique s'attaque à la propriété, à la vie des personnes, devient incendiaire pour des raisons puériles (il veut chasser les punaises du lit; faire rôtir des pommes de terre dans sa chambre); il vole impudemment, commet des escroqueries en vue des profits les plus minimes; enfin il est porté à l'inceste par une violente excitation sexuelle qui, sans le moindre souci des convenances et au mépris de toute dignité, se satisfait avec l'impudeur la plus éhontée (viol, état de nudité sur la voie publique; attentats sur des enfants, etc.). Les meurtres ne sont pas rares; ils ont des causes futiles, ou même sont soudains et sans motif apparent. Il faut parler aussi des suicides non prémédités, qui s'accomplisent avec la même rapidité, et d'une façon impulsive.

Avec les progrès de la démence, les déterminations psychiques revêtent de plus en plus le caractère impulsif; les malades agissent machinalement, et, dans cet état, on les voit journellement remplir leurs poches de cailloux, de morceaux de poterie et de toutes sortes de débris et d'ordures; on vide leurs poches le soir, et le lendemain ils recommencent leur jeu enfantin; ils voient, dans cet amas d'objets informes, de l'or et des objets précieux. Ils prennent aussi les objets qui ne leur appartiennent pas, et s'en emparent sans chercher à les dissimuler. Dans la période de mélancolie hypochondriaque, le paralytique refuse quelquefois accidentellement, et souvent aussi d'une manière très persistante, toute nourriture. D'autres, au con-

traire, manifestent leurs ineptes idées de grandeur par toutes sortes d'actes absurdes; ils avalent ce qui leur tombe sous la main ; ou ils veulent se précipiter par la fenêtre parce qu'ils sont devenus des anges et qu'ils ont des ailes.

On doit considérer certaines actions impulsives de beaucoup de ces malades comme indiquant une lésion localisée des centres corticaux de coordination; tels sont ces mouvements automatiques que l'on observe pendant des journées et des semaines, de frotter les murailles, de se gratter, d'avoir l'air de tisser, de saisir, etc.

b) **Troubles de la motilité.** — On doit ici prendre tout d'abord en considération les troubles de la *parole*, de l'*écriture* et de la *physionomie*. Tous les trois, mais surtout les deux premiers, sont caractéristiques, et, jusqu'à un certain point, pathognomoniques de la paralysie. Tous les deux, ils indiquent clairement les progrès destructeurs de la paralysie. La lésion porte d'abord sur la qualité psychique, puis sur la qualité psycho-motrice de ces mouvements combinés ; enfin, l'altération du mouvement, grossièrement motrice, la paralysie, est devenue manifeste. En effet la lésion corticale s'est développée à un tel degré qu'elle rend impossibles les symptômes de réaction de la vie psychique, et qu'elle ne permet plus que des symptômes organiques.

Les modifications *de la parole* consistent, au début, en une simple hésitation (une sorte d'irrésolution *psychique*), parce que les associations ne peuvent plus s'accomplir avec la promptitude d'autrefois. Puis il se produit un trouble, d'abord léger, devenant de plus en plus évident, dans la région qu'innervent l'hypoglosse et le facial; ce trouble se manifeste par une difficulté à articuler avec souplesse et rapidité, et aussi par une altération du timbre de la voix. Une série de mots peut encore être exprimée rapidement, puis vient tout à coup un léger arrêt de l'articulation, une convulsion passagère de la langue ; dans la suite apparaissent des transpositions et des oublis de syllabes, surtout pour les mots composés (ce qui se rattache à l'affaiblissement de la mémoire). — Plus tard la difficulté psychique produit l'embrouillement des syllabes, et les troubles de la motilité déterminent le concours pénible des forces musculaires; de là le tremblement convulsif des lèvres et des muscles de la bouche, des muscles du visage et même des bras qui se raidissent, en même temps que les doigts se pressent les uns contre les autres comme s'ils cherchaient à vaincre l'obstacle apporté à la fonction de la langue. Par suite de ces efforts à demi conscients, et de la difficulté croissante de l'articulation, les voyelles et les consonnes sont modifiées dans le but de rendre plus commode et plus facile l'articulation (par exemple *u* au lieu de *ou; oa* au lieu de *a*); fréquemment aussi le malade intercale des voyelles pour la même raison (*sch-e-wa-ger* au lieu de *schwager*). Enfin les troubles de l'articulation deviennent toujours plus marqués; on les observe dans le rythme de la parole (interruptions, les

mots se précipitent les uns après les autres, souvent c'est une véritable explosion), ou encore dans le tremblement de la voix par insuffisance musculaire des cordes vocales, du voile du palais et de la partie supérieure du larynx; enfin la voix devient aiguë et chevrotante; puis arrive l'impossibilité d'articuler, de prononcer des mots, par suite de la paralysie de la langue; enfin la parole est absolument remplacée par des sons inarticulés.

L'aphasie maniaque de Wernicke se produit par intervalles chez certains paralytiques; elle consiste dans ce fait que des paroles dénuées de sens et tout à fait dénaturées sont créées sans cesse, avec des gestes correspondants et monotones, et se répètent indéfiniment dans un éternel refrain.

Exemple de cette aphasie : Je souffle, si j'ai soufffé, alors je cesse de souffler; je veux souffler sur les chats, six chevaux peuvent aussi souffler, si l'on ne me donne pas de viande de veau, je ne peux pas souffler, alors tout est fini; on me crie : souffle! souffle! sais-tu comment il faut souffler? Dis ce que tu veux; si tu peux souffler, souffle donc! Tout doit être soufflé; il ne faut pas cesser de souffler; si je suis gris, il faut souffler, etc...

Des accidents intercurrents peuvent intervenir, influer sur cette marche progressive et déterminer une aggravation très rapide. Ainsi, après une attaque convulsive plus forte, on voit persister en général, pendant un temps plus ou moins long, une aphasie par anémie (souvent alors on observe cette particularité caractéristique que le malade perd la faculté de trouver le mot propre, le substantif, ce qui l'oblige, pour se faire comprendre, à se servir de périphrases étendues; d'autres fois il se sert pendant des journées entières d'un seul et même mot pour tout désigner; ou enfin, pendant plusieurs heures et plusieurs jours, on observe un délire verbal. Toujours, après ce premier choc, le trouble paralytique de la parole s'aggrave. Dans la forme typique, la parole n'est pas ordinairement conservée, alors que les autres symptômes se développent progressivement. J'ai observé cette conservation de la parole dans la paralysie syphilitique et tabétique; dans un cas de cette dernière catégorie, le malade parlait un langage correct et même prétentieux, en exagérant l'accent tonique.

Les modifications de l'*écriture* passent par les mêmes phases; au début, elles dépendent seulement de l'affaiblissement psychique; à la fin, elles ont un caractère organique et résultant de l'altération profonde de la motilité. Ce sont, au début, des omissions de mots par suite de l'hésitation dans l'association des idées; plus tard des syllabes sont sautées; de sorte que certains mots sont tronqués, estropiés; ou bien les syllabes sont redoublées ou sans cesse déplacées. Ce trouble est analogue au trouble psychique de la parole qui consiste dans l'embrouillement des syllabes. Plus tard, souvent aussi en même temps, apparaissent des troubles graphiques de nature ataxique qui se manifestent de diverses façons : *a*) certaines lettres sont tremblées, parce que la main qui jusque-là avait écrit avec sûreté, secouée d'une légère convulsion, s'écarte tout à coup de la ligne, et imprime à la lettre une sorte de zigzag; peu à peu ce premier désordre s'étend à d'autres lettres; *b*) l'écriture est irrégulière, l'on y voit certaines lettres d'une grandeur anormale, d'autres petites, en même temps que les caractères sont parfois répétés.

Enfin les lettres deviennent anguleuses, ne forment plus que des zigzags rangés les uns à côté des autres; le tableau final de ces troubles graphiques est un désordre complet, qui correspond à l'oubli des caractères graphiques.

Dans le domaine psychique de l'écriture et de la parole on doit ici mentionner brièvement des troubles très intéressants et souvent caractéristiques, les *paragraphies* et les *paralexies* de certains paralytiques (surtout observées au début). Les malades faussent les mots en les lisant (sans être le moins du monde aphasiques); les mots composés de plusieurs syllabes sont surtout dénaturés; ils ne peuvent écrire les mots qu'ils entendent qu'en les estropiant; ensuite ils ne peuvent plus les relire. Ils peuvent encore compter d'une façon mécanique, mais ils se trompent dans les calculs les plus simples si l'intelligence doit intervenir (Rabbas et Rieger).

Les troubles *purement moteurs* n'ont pas la même valeur spécifique que les troubles psycho-moteurs ci-dessus décrits ; ils se rencontrent aussi bien dans la paralysie classique que dans la paralysie modifiée par des lésions cérébrales primitives.

Troubles dans la marche, l'attitude, les mouvements, etc. — Ils sont produits directement par la lésion anatomique, par le trouble fonctionnel qui en résulte et par les mouvements de compensation. Les premiers ont un caractère ataxique, et sont mal coordonnés ; les seconds consistent dans une énergie exagérée de quelques muscles ou de certains groupes et associations musculaires, dans le but de réagir et de compenser. De là résultent les mouvements convulsifs des jambes dans la marche (analogues au tremblement des lèvres ou des muscles de la face dans la parole). Les jambes traînent et sont projetées en avant par secousses; en même temps le corps est fléchi, le malade se dandine et branle la tête en marchant, ou bien se redresse d'une façon exagérée (démarche orgueilleuse, position renversée du patineur, Zenker). Quand le malade s'arrête ou se retourne brusquement, il chancelle ou même il tombe. A cette ataxie du début on voit succéder progressivement de la paresse et de la paralysie ; le malade marche lourdement, maladroitement, et enfin devient incapable de faire un pas. Il en est de même des mouvements des extrémités supérieures d'abord purement ataxiques par suite de l'insuffisance psychique pour les déterminations et l'association des mouvements; le malade dispose encore d'une force musculaire considérable, et pourtant il ne peut déjà plus boutonner convenablement ses habits, ou il ne le peut que par un effort considérable de sa volonté. Avec les progrès de la maladie, le tremblement et l'incertitude s'accusent davantage ; le tremblement, léger au début, peut être entendu nettement si l'on ausculte le malade ; enfin, à mesure que la maladie s'aggrave, la main devient tout à fait inhabile et sans force.

Il n'est pas rare de voir se produire par la suite différentes contrac-

tures, ou de l'athétose passagère de quelques doigts ; ou encore une atrophie musculaire suit la suppression de la fonction ; d'autres fois on voit survenir des convulsions musculaires localisées, dans les extrémités par exemple. Les traits du visage sont inégalement tendus, d'où résulte une déviation ; peu à peu, par suite de ce trouble nerveux et de l'atrophie musculaire consécutive, les rides s'effacent d'un côté du visage, surtout au front. Souvent un sourcil paraît plus élevé que l'autre ; il en est de même pour la lèvre supérieure. Il n'est pas rare d'observer des mouvements convulsifs, particulièrement dans le sillon naso-labial.

L'état des *réflexes tendineux* est variable ; il n'y a, de ce côté, rien de constant. Il n'est pas rare de rencontrer au début de la maladie une exagération de ces réflexes, même sans qu'il y ait de sclérose latérale. Lorsqu'il existe en même temps une affection des cordons postérieurs, les réflexes tendineux manquent (voy. la *Paralysie tabétique*) ; pourtant, cette disparition des réflexes semble concorder avec une période avancée de la maladie. En tout cas, l'état des réflexes tendineux ne peut être rapproché, jusqu'à présent, du caractère et de l'intensité des lésions cérébrales de la paralysie. De même l'*excitabilité électrique* (faradique et galvanique) des nerfs et des muscles dans la paralysie est variable et trop changeante pour avoir quelque valeur diagnostique, au moins en ce moment. Assez souvent on constate une diminution de l'excitabilité des nerfs, après une période d'hyperexcitabilité. On observe plus fréquemment une différence dans l'excitabilité électrique des deux côtés du corps, particulièrement dans les péroniers. Les changements dans la réaction à l'excitation faradique ou galvanique ne se montrent que s'il existe en même temps une lésion de la substance grise des lobes antérieurs ou des racines antérieures de la moelle.

Du côté de la *langue*, on observe un tremblement ataxique lorsqu'on la fait tirer hors de la bouche, de sorte qu'elle vacille en déviant de sa direction, se porte en arrière, puis de nouveau en avant, dans une sorte de léger tremblement convulsif ; le malade ne peut la maintenir en repos qu'en la fixant avec les dents.

Cet important symptôme (peut-être pathognomonique) se montre le plus souvent au nombre des premiers signes de la maladie. Plus tard le tremblement est augmenté par des contractions fibrillaires. A une période avancée, la mobilité de la langue diminue progressivement, quelquefois elle ne peut plus être tirée hors de la bouche ; assez fréquemment aussi, l'atrophie musculaire produit la parésie de l'organe.

Les troubles ataxiques que l'on observe au début dans les muscles du tronc et des extrémités, continuent à s'accentuer pour arriver à une *paralysie complète ;* de sorte que le malade devient incapable de

marcher, de se tenir debout, et dans l'impossibilité de faire des mouvements avec le bras, et la main devient inerte comme une masse. L'excitabilité spinale réflexe augmente en même temps, de sorte que l'irritation périphérique la plus légère amène des mouvements musculaires tout à fait désordonnés.

Physionomie. — Le regard est, à la période initiale d'excitation, brillant, étincelant, animé ; plus tard il devient fatigué, vitreux et sans expression (par suite de la divergence des axes oculaires). A une période avancée, les paupières sont abaissées souvent, et donnent au visage une expression de somnolence; à d'autres moments, elles sont, au contraire, fortement soulevées par la contraction du frontal. Il est quelquefois remarquable d'observer de la paramimie, de sorte que certains malades ont une expression de tristesse tout en parlant avec gaieté; cette paramimie persiste longtemps (quand il existe des complications graves du côté de la moelle, et surtout du bulbe). Vers la fin de la maladie, les traits de la figure deviennent épaissis, inertes, relâchés et pendants, l'expression présente un cachet de douceur hébétée et tranquille; beaucoup de malades ne peuvent manifester leur joie que par un rire immodéré, leur attention par une sorte d'étonnement stupide; leur mauvaise humeur est à peine indiquée; cette expression calme de la figure lui donne un masque caractéristique : le visage semble être de bois. On voit, au contraire, dans les moments d'angoisse, les traits se tendre, se contracter, au point de donner à l'expression quelque chose d'épouvantable.

Pupilles. — Dans la majorité des cas de paralysie, les pupilles réagissent mal et sont inégales ; quelquefois la pupille est déformée, de forme ovale, comme dans l'iritis, pendant un temps assez long, ou seulement pendant quelques heures. Souvent, sous l'influence d'un mouvement congestif, on voit brusquement survenir une forte mydriase qui disparaît en même temps que la congestion. D'autres fois la réaction à la lumière fait défaut ; mais il existe des mouvements pupillaires pendant les efforts d'accommodation et les mouvements des axes oculaires, comme dans les affections concomitantes du spinal et du nerf optique ; ou bien, au contraire, la réaction manque dans la convergence, mais elle est conservée pour la lumière ; il en est ainsi quand le faisceau oculo-moteur est lésé dans le pédoncule (Wernicke). Dans d'autres cas enfin, on observe aussi de la myosis avec défaut de réaction aux lumières d'intensité différente. Dans une de mes observations, c'était le seul symptôme subsistant après la disparition complète de tous les autres. Comme complications, on peut encore rencontrer des parésies locales de l'oculo-moteur commun ou externe.

Les troubles dans l'appareil musculaire de la *voix* ont été succinctement mentionnés ci-dessus. On a observé des cas dans lesquels la perte d'une belle voix a été le premier symptôme. Souvent la voix, chez des chanteurs, devient nasonnée ou gutturale, modifiée dans son

timbre, chevrotante, criarde, par moments même tout à fait rauque.

Troubles de la digestion (Zenker). — Ce sont :

1° Des troubles de coordination des muscles des lèvres et des joues, avec insuffisance de la mastication et exagération des mouvements de compensation; 2° une aspiration inopportune au moment de la déglutition des liquides; 3° de l'insuffisance du voile du palais. Ces trois variétés de troubles se rattachent à l'affaiblissement des fonctions du facial; 4° des troubles de coordination dans les mouvements de la mastication dépendant de l'affaiblissement de la fonction de la cinquième paire; 5° des troubles de l'hypoglosse, d'où résulte que le bol alimentaire est mal formé, que la déglutition est ralentie, par suite de l'action insuffisante de l'isthme du pharynx; 6° l'hyperesthésie, ou, au contraire, l'anesthésie de la muqueuse buccale (région de la cinquième paire et du glosso-pharyngien); 7° un épuisement progressif de l'action réflexe et des mouvements d'élévation du larynx (d'où son occlusion incomplète). C'est un phénomène important qui se présente à la période terminale de la paralysie, ou succède aux attaques épileptiformes.

Un trouble moteur des plus fréquents, c'est le *grincement des dents;* parfois il est seulement passager (surtout à la période de début), mais il peut aussi durer des semaines entières.

Troubles de la miction. — On observe tantôt de la rétention, tantôt de l'incontinence, d'une manière passagère ou durable (à une période avancée de la maladie).

Un groupe de symptômes très importants est formé par les *attaques convulsives* de la paralysie. En dehors des variétés individuelles, on peut, d'après leur forme et leur durée, les séparer en *deux groupes* qui, au point de vue symptomatologique, sont essentiellement différents, comme à celui du pronostic, et varient, très probablement aussi, d'après l'origine cérébrale.

Dans le *premier groupe,* on voit seulement se manifester des convulsions cloniques (souvent précédées de spasmes toniques) dans une région musculaire circonscrite de la face ou des extrémités supérieures, avec conservation de la conscience; de sorte que le malade peut encore, pendant les convulsions, avoir quelques perceptions, et faire de courtes réponses convenables. Le *second groupe*, au contraire, présente des convulsions cloniques et toniques, plus ou moins généralisées, succédant souvent à des convulsions partielles; il existe une perte complète de la conscience et, généralement, une excitabilité réflexe exagérée. Les convulsions peuvent être unilatérales, et se répéter à différentes reprises, ou bien passer d'un côté à l'autre; souvent la flexion convulsive du membre supérieur vient coïncider avec l'extension du membre inférieur correspondant. L'attaque commence habituellement par la région du facial et par les sterno-mastoïdiens; les territoires musculaires paralysés sont le siège principal de ces convulsions. La respiration présente, dans ce second groupe, une analogie

complète avec ce que l'on observe dans l'attaque épileptique franche. Le pouls est fréquent (cependant il n'est pas régulier; quelquefois il s'élève seulement à 60-70, sa force est inégale); la température est souvent fort élevée; transpiration abondante siégeant surtout à la face, qui est rouge et chaude. Des convulsions tétaniques généralisées alternent avec des convulsions cloniques; elles sont suivies d'une période de torpeur qui peut durer plusieurs heures. D'autres fois les attaques sont constituées par un tremblement général très violent. Ces attaques de grand mal sont habituellement annoncées par des prodromes, et fréquemment suivies de symptômes consécutifs. Parmi les premiers on trouve une agitation plus grande du malade, des troubles moteurs plus accentués, de l'hébétude; très fréquemment aussi des phénomènes congestifs, le grincement des dents, et parfois de l'aphasie. Parmi les symptômes consécutifs, on voit se produire de la torpeur et des parésies partielles (monoplégie et hémiplégie), souvent avec des secousses fibrillaires persistantes, des troubles de la parole, de l'aphasie, de la surdité verbale. Il peut aussi se manifester consécutivement un état maniaque avec tendance impulsive à détruire ou à commettre des actes dangereux. On observe très rarement une amélioration passagère (Voy. plus loin). On remarque encore une polyurie considérable persistant pendant plusieurs semaines. Il est intéressant de voir de temps à autre se produire des associations de mouvements automatiques des mains qui, après ces attaques convulsives, semblent absolument être « voulus ».

Une attaque intense a une signification au point de vue de l'évolution générale de la maladie : elle représente une nouvelle étape vers l'accroissement de la paralysie et psychique et motrice. Les accès peuvent se reproduire jusqu'à 48 fois en vingt-quatre heures, et parfois la mort survient après un petit nombre d'accès.

Les périodes de rémission qu'on observe quelquefois alors sont très remarquables. Après des convulsions qui ont duré plusieurs heures, on peut voir le malade se promener de nouveau, parler tranquillement sans se souvenir le moins du monde de ce qui s'est passé, fumer un cigare, etc.; mais après un calme de plusieurs heures, il peut survenir une torpeur progressive avec une respiration stertoreuse, de l'anesthésie cutanée, en même temps que l'excitabilité réflexe, que la réaction des pupilles sont absolument supprimées; après quelques heures, nouveaux intervalles de calme qui peuvent durer un jour et plus; puis l'excitation et les convulsions se reproduisent, et ainsi de suite pendant un temps plus ou moins long.

Dans les convulsions intenses il n'est pas rare d'observer la morsure de la langue, qui est parfois complètement sectionnée; la plaie se cicatrise, mais il reste une certaine gêne de la parole. L'urine sécrétée après l'accès épileptiforme est souvent (mais non toujours) albumineuse.

Quant au siège probable de la lésion cérébrale qui se traduit par ces attaques, il ne nous semble pas douteux que les accidents appartenant au

premier groupe ne se rattachent directement à la substance corticale. Il en est probablement de même pour le *second groupe* — le grand mal — (ce que dénote le caractère des symptômes consécutifs, particulièrement des paralysies); mais alors c'est une altération beaucoup plus étendue de l'écorce cérébrale. Il est probable que dans ce cas on a affaire à des réflexes vaso-moteurs intenses, partant de centres convulsifs centraux (Budge ou Nothnagel). La cause de l'irritation peut être d'origine *périphérique :* l'expérience nous apprend que la distension de la vessie ou du rectum suffit pour provoquer une attaque; un mouvement passif, le pincement de la peau hyperesthésiée peut amener une récidive immédiate. Ou bien cette cause d'irritation peut être d'*origine centrale :* ce serait l'action directe de substances emmagasinées dans le cerveau, et qui ne sont pas absorbées assez promptement par les vaisseaux dégénérés (Burckardt).

Les *attaques apoplectiformes* qui se présentent de temps à autre, sont plus rares que les attaques épileptiformes que nous venons de décrire. Elles se montrent quelquefois parmi les symptômes prodromiques de la maladie (paralysie congestive, voy. plus loin), mais plus fréquemment à une période avancée. Souvent, dans ce dernier cas, des malades offrent tout à coup, sans troubles préalables de la conscience, une parésie ou une paralysie plus ou moins étendue à la face ou à l'une des extrémités. Ces accidents, en règle générale, se dissipent rapidement. Mais ils peuvent aussi persister sous la forme d'une hémiparésie. Fait remarquable : on ne voit *presque jamais* se produire consécutivement des contractures (comme cela arrive dans les apoplexies ordinaires).

La raison anatomique de ces états morbides consiste très probablement dans des changements brusques de la pression intra crânienne, produite par les troubles de répartition du liquide céphalo-rachidien. Il faut quelquefois aussi accuser (surtout pour les cas d'hémiparésie persistante) l'atrophie plus forte d'un côté dans les centres moteurs de la substance corticale. Les véritables apoplexies hémorrhagiques ne se rattachent pas, à ce qu'il semble, à la paralysie typique; de même, les caractères de l'apoplexie simple ne s'observent pas dans ces accès des paralytiques.

c) **Troubles des sens et de la sensibilité.** — Les états d'excitation des sens qui se manifestent sous la forme d'hallucinations ne sont pas rares ; les moins fréquents sont peut-être les hallucinations de l'ouïe. Ces dernières, si elles se produisent, n'ont rien de caractéristique (ce sont des injures, des menaces, des promesses, de la musique, des cris d'animaux). Dans les périodes d'excitation maniaque, les hallucinations de la vue sont plus fréquentes; elles sont souvent la cause des actes violents commis par les paralytiques. Les erreurs du goût, de l'odorat, peuvent donner naissance à l'idée fixe si fréquente de l'empoisonnement. Elles peuvent produire aussi des sensations agréa-

bles : les malades croient boire du nectar, de l'ambroisie lorsqu'ils prennent les boissons les plus ordinaires. A une période avancée, les fonctions de ces deux derniers sens s'épuisent peu à peu, marchant de pair avec l'affaiblissement progressif des facultés ; ainsi les malades ne ressentent plus la moindre impression en présence des odeurs et des saveurs les plus repoussantes. Il est vraiment curieux d'observer combien la physionomie de la maladie est, au fond, peu modifiée par les erreurs sensorielles, souvent si nombreuses et si variables (ce qui la différencie des autres psychoses accompagnées d'hallucinations, et particulièrement de l'alcoolisme).

Les troubles visuels chez certains paralytiques présentent un intérêt tout particulier (symptômes en foyer indiquant une complication ayant pour siège le lobe occipital, Fürstner). — Le trouble visuel consiste dans ce fait que les malades peuvent *réellement* voir l'objet qui leur est présenté, mais que, *psychiquement*, ils ne peuvent pas le reconnaître. Ils sont alors psychiquement aveugles d'un ou des deux yeux. Ces faits, qui appartiennent toujours aux périodes avancées de la maladie, peuvent s'améliorer ou se terminer par une complète cécité (corticale). L'examen ophtalmologique ne montre aucune lésion. — On observe encore une asymbolie singulière après les attaques paralytiques (Wernicke); les malades peuvent voir, entendre, palper; mais ils n'en ont pas moins perdu la faculté de concevoir et de reconnaître l'objet que les sens ont réellement perçu. De là cette absence du jugement et de la volonté que présentent ces malades après une semblable attaque; cet état dure souvent des semaines entières, jusqu'à ce que la mémoire se soit réveillée et leur permette de s'orienter de nouveau.

Il faut citer, à propos de l'irritation du *sens auditif* dans le cours de la paralysie, la description de la maladie du musicien Schumann; chez ce malade, un ton déterminé s'établissait tout à coup, à la suite duquel se créaient des mélodies toujours plus étendues, et finalement des ouvertures entières.

La *sensibilité* est toujours atteinte. Elle est peu troublée au début, aussi peut-on, à cette période, établir le diagnostic différentiel avec l'alcoolisme chronique ; mais les troubles de la sensibilité augmentent à mesure que la maladie se développe. Quelquefois on voit apparaître de bonne heure l'anesthésie et l'analgésie ; il n'est pas rare alors qu'elles deviennent l'origine d'illusions fantastiques qui accompagnent le délire ambitieux (le corps est couvert de plumes, le malade est transformé en ange). Dans les périodes avancées, la sensibilité est émoussée à un tel degré que les malades ne s'aperçoivent plus des inflammations étendues de la peau (phlegmons, furoncles), et qu'ils peuvent se blesser aux parties du corps les plus sensibles sans manifester la moindre douleur. Cette anesthésie peut s'étendre aux muqueuses internes, et elle est commode lorsqu'il faut pratiquer

le cathétérisme. La *céphalalgie* se montre généralement au début, souvent même comme symptôme prémonitoire. Elle siège surtout à la région frontale, tantôt diffuse, tantôt unilatérale; on la constate surtout après une fatigue d'esprit (émotions).

Les fonctions sexuelles sont en général exagérées au début de la maladie (à la période d'excitation) ; la manière inconvenante dont leur satisfaction est accomplie est fréquemment le point de départ d'actes délictueux, même d'actes criminels. Plus tard, avec les progrès de la paralysie, l'excitation anormale et la fonction sexuelle s'affaiblissent (pollutions involontaires avec flaccidité de la verge ; pertes séminales pendant la miction et la défécation).

d) **Troubles vaso-moteurs et trophiques.** — Ce sont d'abord des congestions de la tête durant des heures et des journées entières, avec rétrécissement des pupilles, rougeur de l'oreille et de la moitié du visage correspondante, avec pouls carotidien plein, dépressible et fréquent (souvent le ganglion cervical supérieur est douloureux à la pression, particulièrement dans les attaques convulsives). Quelquefois ce sont des érythèmes soudains du cou et de la face, avec une élévation marquée de la température, lorsqu'une légère excitation alcoolique avait précédé. On observe plus rarement des éruptions de zona et des pigmentations (bronzed skin).

Souvent les extrémités sont refroidies, quelquefois il y a des sueurs profuses (partielles ou unilatérales), et une profonde dépression de la sensibilité sensorielle. Les contractions vaso-motrices alternent souvent avec des états de paralysie. Le poids du corps augmente dans les périodes terminales avec tranquillité (adipose des paralytiques).

Quant à la *température*, les données varient. Si l'on examine rigoureusement les cas particuliers, on voit qu'il n'existe pas, dans la forme typique, une élévation durable de la température — exception faite des états accidentels (fluxions vaso-motrices, coprostases, eschares). Ce fait me paraît si important qu'il m'a permis de séparer les cas de paralysie pure de ceux qui sont modifiés par quelques complications (encéphale ou méninges). Les accidents cérébraux aigus, les convulsions produisent une élévation de température. Chez les malades arrivés à une période avancée de l'affection et amaigris, les accès maniaques (avec tendance à se découvrir et à gâter) déterminent souvent un abaissement de la température, qui tombe à 34 et 30° C. Pendant l'agonie et chez les paralytiques tombés dans le marasme, la température peut descendre jusqu'à 22° C. D'autre part on peut observer des températures vaso-paralytiques de 42° C. et davantage. — Les courbes de la température dans les *pneumonies* intercurrentes ont un intérêt tout particulier. La température monte brusquement, pour descendre avec la même soudaineté au bout de deux jours ; elle reste anormale pendant un stade de quatorze jours environ. Souvent, on n'observe qu'une élévation modérée alors que la lésion est très étendue. On ne trouve pas de sédi-

ments urinaires au moment de la crise, comme il arrive si fréquemment chez les pneumoniques sains d'esprit. Une anomalie est assez souvent observée, elle consiste dans une température moins élevée le soir que le matin. Au point de vue du diagnostic de ces pneumonies, il est à remarquer que le frisson fait défaut, ou qu'il est remplacé par des convulsions. Le râle crépitant peut n'exister que pendant un temps fort court, ou bien même il n'est pas constaté. Chez beaucoup de malades, le point de côté, la toux, l'expectoration caractéristique, manquent aussi ; l'attention n'est attirée que par la respiration devenue brusquement beaucoup plus fréquente, par la lividité du visage, la décomposition rapide des traits et le mauvais état général ; ces seuls phénomènes font reconnaître l'affection grave et, le plus souvent mortelle, qui vient de frapper le malade. Les noyaux pneumoniques sont fréquemment centraux et lobulaires, de sorte que la percussion ni l'auscultation ne peuvent donner des signes précis.

L'*urine*, dans la période de démence, est moins abondante, et la quantité d'urée et de chlorures diminue ; en même temps que le poids spécifique augmente, l'urine devient plus facilement alcaline. La quantité des phosphates et des sulfates augmente pendant que l'amaigrissement fait des progrès, malgré une augmentation de l'appétit et l'absence de fièvre. Les os, et surtout les côtes, par suite de la perte de sels calcaires, deviennent plus fragiles et se brisent plus facilement. On voit très fréquemment se produire des *hématomes* auriculaires, soit que la constitution ait subi une dyscrasie particulière, soit à la suite de traumatismes ; l'hématome du nez est très rare. On rencontre aussi, mais rarement, des *dégénérescences des fibres musculaires* avec hémorrhagies (en particulier dans les muscles de l'abdomen). Il faut noter aussi des accidents, du reste peu fréquents, des *extravasations sanguines* sous la peau (purpura, grosses bulles remplies de sang, épistaxis profuses, sueurs sanguinolentes derrière l'oreille, enfin décubitus aigu malgré les soins de propreté les plus attentifs). Le pemphigus a été observé également. Le *catarrhe* persistant de la vessie avec pyélo-néphrite, est fréquent; c'est la conséquence ordinaire des rétentions d'urine. On voit aussi, mais plus rarement, de larges *phlegmons* avec tendance à la gangrène.

Les eschares de longue durée amènent quelquefois une carie des os, ainsi que l'inflammation par propagation des méninges rachidiennes. Il faut mentionner tout particulièrement les fréquentes congestions hypostatiques des poumons, avec pneumonie lobulaire à développement très rapide — signe pathognomonique de l'affaiblissement du pneumo-gastrique. Des lésions trophiques atteignent également la *peau;* dans les dernières périodes elle devient sèche, cassante et squameuse. Les cheveux grisonnent rapidement, ou prennent une coloration anormale (verdâtre); la canitie se montre prématurément, tantôt générale, tantôt partielle. Le *pouls* devient peu à peu

ralenti, mais ne présente du reste rien de spécial au tracé sphygmographique.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE.

Les différentes variétés cliniques nécessitent une description distincte, surtout en ce qui concerne le début et la marche de l'affection. Je décrirai d'abord la forme typique, qui est de beaucoup la plus fréquente; elle renferme des cas dont le début et la marche sont analogues dans leurs principaux symptômes, et qui sont tout à fait ressemblants. Les autres formes sont des modifications de celle-ci ou s'en distinguent nettement.

1. Forme typique, maniaque.

L'affection débute insidieusement par une modification progressive du caractère, comme nous l'avons vu plus haut. Un travailleur consciencieux néglige ses occupations; sa mémoire devient infidèle; il accomplit difficilement son œuvre habituelle; il devient excitable, la moindre contradiction le met hors de lui, fait éclater chez lui une colère violente qui lui fait oublier toute considération et toutes ses anciennes affections. Il devient grossier, violent envers sa famille, indiscipliné envers ses supérieurs. Aucune atteinte ne semble encore portée à l'intelligence, à part ces défaillances de la mémoire. Il peut acquérir des notions nouvelles, et porter des jugements comme autrefois. Mais une observation approfondie montre une *apathie générale*, s'étendant à toute l'intelligence : le malade a moins d'acuité dans l'esprit; il a moins d'initiative, s'intéresse moins à toutes choses, et les sentiments délicats tendent à disparaître; rien de tout cela n'est perçu par lui. Il se trouve mieux portant que jamais, et s'irrite si on le contredit sur ce point. Il est joyeux, insouciant, et souvent d'une gaieté qui rappelle celle de l'ébriété; quelques malades, il est vrai, ont des moments de tristesse, et ils se rendent compte alors qu'ils ne sont plus comme ils étaient auparavant, ils s'en plaignent même parfois; mais ces sentiments tristes sont passagers.

L'insomnie et toutes les sensations pénibles, dont la tête est le siège, n'influent pas beaucoup sur l'humeur, même quand ces douleurs sont violentes. Il faut remarquer que certains malades, autrefois sujets à des migraines violentes, en sont délivrés au début de la paralysie. Ce qui inquiète surtout l'entourage, c'est l'affaiblissement de la mémoire et du sens moral; c'est le manque de retenue. Le caissier oublie ses clefs sur sa caisse, et ne s'en préoccupe pas quand on les lui rapporte; le père de famille, jusqu'alors respectable, se met à fré-

quenter ouvertement les maisons de prostitution ; l'homme du monde commence tout à coup à raconter des anecdotes obscènes, et, si on veut l'arrêter dans son récit, ne comprend pas le reproche qu'on lui adresse, et s'emporte violemment.

Dès cette époque on peut observer certains troubles de la motilité : hésitation de la parole, accrocs de la prononciation ; le malade passe des mots ou des syllabes. La langue tirée hors de la bouche est agitée d'un tremblement (voy. plus haut) ; la figure se contracte moins énergiquement d'un côté que de l'autre ; mouvements congestifs à la tête, inégalité des pupilles.

Le malade entre souvent en conflit avec les lois et avec la police ; c'est le symptôme le plus fâcheux de cette période initiale.

Cette première période est ordinairement suivie d'une phase maniaque qui revêt d'abord, en général, l'aspect de la manie douce : sentiment exagéré de la personnalité, euphorie, projets incessants, achats continuels et absurdes. Mais bientôt c'est le *délire ambitieux paralytique*, avec la multitude d'idées de grandeur, avec l'exaltation démesurée de l'imagination (souvent exaltation poétique), qui dirige la conduite du malade et rend évidente la maladie non encore soupçonnée par l'entourage. A ce moment, la conscience est déjà profondément troublée ; les projets ambitieux du malade sont dictés par une démence mêlée d'idées de grandeur. Souvent il gaspille tout ce qu'il possède, parce qu'il se croit en possession de trésors inépuisables. Les associations d'idées acquises sont chancelantes, de nouvelles conceptions ne lui sont plus possibles, il est incapable de raisonner, et s'enfonce de plus en plus dans ses idées délirantes ; il vit dans un monde fantastique, produit de son imagination. Il a des joies puériles, se pavane couvert d'oripeaux, collectionne une foule d'objets bizarres qu'il croit être des pierres précieuses ; à d'autres moments il reste excité et furieux pendant une journée entière, si l'on s'est opposé à l'un de ses désirs absurdes.

Mais souvent la manie douce se transforme en manie grave. Tout en parlant de ses millions, en se proclamant l'empereur de l'univers, le malade détruit et déchire sans aucun motif ; il s'enduit d'ordures, mange des excréments ; les choses les plus répugnantes deviennent pour lui de l'or ou bien des friandises. Par intervalles, se produisent des moments lucides, auxquels succèdent des paroxysmes de fureur et des violences convulsives. L'humeur change d'une minute à l'autre ; maintenant gai, heureux, philanthrope, il sera tout à l'heure impérieux, puis agressif. De même l'euphorie alterne avec une hypochondrie profonde et un délire micromaniaque.

Le dieu, l'empereur d'hier, est aujourd'hui un pécheur, un damné, un misérable ; l'homme robuste est brusquement devenu un malade

dont tous les organes sont pourris. Les hallucinations, quand il s'en produit au moment de ces paroxysmes, ont un caractère pénible; les malades sentent une odeur de viande pourrie ou de poison dans leurs aliments; ils s'entendent menacer de l'échafaud, voient des têtes coupées, et s'agitent avec une angoisse désespérée quand ils croient voir en face d'eux un de leurs persécuteurs. La conduite de ces paralytiques hallucinés et excités a quelque chose d'épileptique. Les tentatives d'homicide et de suicide ne sont pas rares, souvent elles sont impulsives et inattendues. Parfois des illusions innombrables des sens traversent la conscience, sans déterminer de réaction; malgré leurs regards terribles, les malades retombent dans leur satisfaction, et la moindre parole change la direction de leurs idées.

Les troubles de la motilité ont suivi une marche parallèlement ascendante; l'embarras de la parole (accroc dans l'articulation des mots) est plus accentué, la contraction de tous les muscles des lèvres et de la bouche qui se fait avec effort pour l'articulation, devient un tremblement ataxique. Les troubles déjà décrits de l'écriture et de la marche deviennent aussi plus prononcés. La nutrition s'affaiblit sous l'influence de cette excitation persistante, d'autant plus que, par périodes, le paralytique mange peu ou trop vite, ou qu'il mêle aux aliments une foule d'ordures. Les craintes d'empoisonnement font souvent refuser la nourriture pendant un certain temps, puis la gloutonnerie reparaît aux périodes d'euphorie. Les congestions vaso-motrices sont fréquentes, ainsi que les attaques épileptiformes, qui font leur apparition à cette période.

Au point de vue clinique, il est intéressant de noter le manque de parallélisme dans l'évolution des signes psychiques (exaltation et idées délirantes de grandeur) et des troubles de la motilité; parfois ces troubles précèdent de beaucoup les symptômes psychiques; dans d'autres cas, le stade maniaque avec idées de grandeur est en plein développement alors qu'on trouve difficilement quelques légers troubles de la parole ou quelques mouvements ataxiques des lèvres. Souvent les troubles musculaires font longtemps défaut dans les membres inférieurs (marche). Dans beaucoup d'autres cas, les deux ordres de symptômes ont une évolution parallèle.

La période d'excitation maniaque est d'une durée et d'une intensité extrêmement variables suivant les différents cas. Jusqu'ici on trouvait dans tous les cas les mêmes symptômes; à partir de ce point, la marche de la maladie présente plusieurs variétés :

1° Le stade maniaque peut ne pas sortir de la manie douce, ou bien, passagèrement, devenir de la manie grave suivie d'un état d'affaiblissement; ce dernier stade peut être le début de la démence définitive, ou bien les accès maniaques se répètent jusqu'à ce que le malade arrive au dernier degré de la démence.

2° Après l'affaiblissement qui suit la manie, on peut observer un rétablissement lent des fonctions psychiques et motrices, qui peut donner l'illusion d'une guérison complète et durer des mois, même une année. C'est ce qu'on a appelé les *rémissions de la paralysie générale* (voy. plus loin); il faut toujours, en clinique, se rappeler que le malade a subi une atteinte plus ou moins profonde par le fait de son affection, mais qu'il peut encore avoir quelques restes intellectuels et même être assez brillant, surtout si son intelligence était grande antérieurement.

3° Après la manie douce ou grave, se présente parfois une phase mélancolique (délire micromaniaque caractéristique; le malade s'en prend à lui-même, se fait du mal, est incapable de tout, refuse les aliments). Les deux formes, maniaque et mélancolique, peuvent alterner (voy. *Paralysie hypochondriaque*).

4° L'excitation maniaque se prolonge pendant des années avec une intensité variable, pour être enfin remplacée par un stade terminal d'apathie. Dans ce cas, on voit l'affaiblissement psychique de plus en plus apparent sous les symptômes maniaques. Le délire ambitieux est désormais incapable de revêtir une forme poétique; il est de plus en plus niais et puéril.

Il est à remarquer que souvent les malades, pendant des années, s'attachent aux mêmes chiffres exagérés : ainsi pour le nombre 80.000. Ils ont 80.000 ans, ils ont écrit 80.000 volumes, possèdent 80.000 châteaux, 80.000 décorations, etc. (voy. plus loin : *Aphasie maniaque*).

Enfin il ne subsiste plus qu'un optimisme niais; les associations d'idées se fragmentent, ce ne sont plus que des mots et des lambeaux de phrase qui sont accolés les uns aux autres. Les actes du malade ont le caractère d'impulsions automatiques. Il se salit, et collectionne une foule d'objets disparates. Enfin les manifestations motrices perdent tout caractère psychique; le malade gesticule comme un pantin, sans que les gestes aient un but ou une expression mimique. Quant à la parole, elle est progressivement remplacée par des vociférations dénuées de sens, et où l'on trouve toutes les intonations possibles et impossibles (voy. plus haut). Des attaques épileptiformes ou apoplectiformes, accompagnées de leurs fâcheuses conséquences, se sont produites depuis longtemps déjà et se sont répétées. Pourtant beaucoup de paralysies classiques ne présentent pas ces attaques.

Le *stade terminal* est caractérisé par la paralysie définitive des fonctions psychiques et motrices. Le malade est tombé dans l'indifférence et l'apathie de la démence ; il ne s'intéresse plus à rien, n'a plus un sentiment généreux, et ne vit plus que d'une vie purement végétative. Il occupe ses journées en collectionnant une foule d'objets,

ou en accomplissant toutes sortes d'actes sans but (il frotte les murs, le plancher, tiraille ses vêtements, etc.). Si l'on s'oppose à ces actes, il répond par un mouvement réflexe brutal. Pourtant on retrouve encore quelques lueurs de sensibilité dans ces ténèbres intellectuelles. Un cadeau le réjouit, quelquefois l'attendrit jusqu'aux larmes; il répond parfois à une attention amicale en vous serrant la main.

Au point de vue moteur, le malade s'affaiblit toujours davantage. Il tombe s'il n'est soutenu; il faut le conduire comme un enfant. La parole n'est plus qu'un bégayement confus. D'autre part, la vessie fonctionne mal, est souvent atteinte de catarrhe. La dysphagie nécessite une surveillance particulière de l'alimentation; il faut que les bouchées soient très fragmentées, et même ne donner que des aliments liquides. On observe des parésies localisées, durables ou passagères. L'anesthésie est telle que le malade ne sent plus les blessures ni les contusions; il s'écorche la peau, met les doigts dans les yeux, tiraille sa verge jusqu'à déterminer des lésions graves. Malgré la plus grande propreté, et même si les linges du malade sont souvent renouvelés, les eschares sont très fréquentes; pourtant une attention scrupuleuse peut faire beaucoup pour prévenir ces eschares, en empêchant toute pression longtemps prolongée sur les mêmes points. La paralysie vaso-motrice est toujours plus accentuée; les extrémités sont refroidies, les joues livides, le pouls misérable; les pieds sont œdématiés d'une façon passagère d'abord, puis durable; la température est abaissée.

Enfin arrive la mort (c'est-à-dire la délivrance) : 1° par marasme, et thrombose marastique; 2° par pneumonie, le plus souvent lobulaire; 3° par convulsions; 4° par délire aigu; 5° par une paralysie cérébrale aiguë avec troubles considérables de la température et symptômes d'hydropisie aiguë des ventricules; 6° enfin par une maladie *intercurrente*, pneumonie (rarement phthisie), pleurésie consécutive à des fractures de côtes; eschares et septicémie, cystite, et pyélite; larges phlegmons gangréneux; souvent asphyxie déterminée par une bouchée trop volumineuse. (Pour les modes de guérison, voir plus loin.)

2. Variété des symptômes.

a) La symptomatologie peut, dès le début, revêtir le caractère du *délire hypochondriaque*, les idées ambitieuses étant absentes ou peu marquées, et se présentant seulement à la période terminale; ou bien le délire hypochondriaque alterne avec les phases d'exaltation de la forme typique.

1° Aux prodromes (affaiblissement de la mémoire et irritabilité) succède

une dépression angoissante, avec des idées délirantes d'anéantissement (le corps est cousu, ou trop petit; il n'existe plus de bouche ni d'anus; les yeux sont vidés; le malade est seul dans le monde, il doit mourir de faim ; il est pourri, c'est un cadavre vivant, etc...). Inégalité pupillaire; parésie légère de la langue et des membres inférieurs, tremblement des mains ; hyperesthésie douloureuse; augmentation de l'excitabilité réflexe. Les idées délirantes persistent, avec une dépression et une perplexité de caractère dément; cet état se prolonge, offrant l'aspect de la mélancolie hypochondriaque, et présentant assez souvent un type alternant. Rien n'existe plus pour le malade, qui oppose une résistance anxieuse à ce qu'on lui demande, et qui est rempli d'une angoisse terrifiante (il croit, par exemple, que sa vie et ses pensées s'écoulent avec ses excréments). Enfin, parfois, après des rémissions intellectuelles et psychiques, le marasme et les paralysies vaso-motrices, les eschares, les convulsions, la diathèse furonculeuse, la pyohémie, terminent la scène d'une façon progressive ou rapide.

C'est la *paralysie hypochondriaque.* — Souvent les troubles psychiques ne sont pas en rapport avec les troubles de la motilité et de la sensibilité ; ainsi, le malade, anesthésique et complètement affaibli, peut encore parler de sa famille, et même apprécier momentanément son état. Parfois, pendant tout le cours de la maladie, le paralytique a nettement conscience de son affection.

2° La phase hypochondriaque peut être le premier acte de la tragédie, être suivie d'une rémission, puis du stade classique ambitieux avec exaltation ; ce dernier persiste jusqu'à la fin, ou bien il alterne avec une nouvelle phase hypochondriaque (paralysie circulaire).

3° Enfin, une troisième modification peut être observée : c'est un délire des persécutions avec erreurs de tous les sens, accompagné des troubles moteurs caractéristiques. Pendant que la maladie progresse, on voit s'établir reposant sur les hallucinations et les illusions, une hypochondrie générale à forme paralytique, les idées de persécution et les hallucinations persistant d'ailleurs; de temps à autre, quelques idées de grandeur peuvent se montrer, mais bien moins déréglées que les idées hypochondriaques, moins persistantes, plus variables. L'humeur est le plus souvent chagrine ; le malade est mécontent, mais de disposition très changeante ; il pleure facilement. Les sentiments élevés sont remarquablement conservés, malgré les erreurs des sens. La mémoire est presque entièrement détruite, le malade commet des erreurs de personnalité. La volonté ne se manifeste plus que lorsqu'il s'agit des besoins de la vie journalière. Enfin l'on arrive progressivement au marasme intellectuel et à la paralysie complète, après des rémissions qui sont parfois de longue durée.

b) La maladie débute par les prodromes habituels ; le malade est distrait, excitable, et présente un *affaiblissement psychique* très marqué, les actes intellectuels sont lents à se produire.

Il faut remarquer que le jugement peut rester normal pendant un temps fort long (en tant qu'il porte sur les faits de la vie ordinaire), la pensée

étant cependant profondément altérée. Contrairement aux faits observés dans la forme typique, le moral, ici, est assez longtemps intact; à côté de l'humeur très changeante du malade, de ses alternances non motivées, d'une disposition d'esprit puérile, on retrouve une grande bienveillance et une certaine délicatesse, qui représentent les restes des sentiments élevés et généreux. De temps en temps, apparaissent des phases d'exaltation psychique; mais cette exaltation n'est jamais excessive; ainsi les idées de grandeur sont modérées : le paralytique croit avoir fait un riche mariage, posséder des terres considérables, mais il peut être passagèrement rappelé à la réalité. Les malades sont tranquilles et rangés; ils se plient aux règlements, sont dociles, propres, mais toujours indifférents et passifs. La parole est ralentie, hésitante; la langue est déviée et présente le tremblement caractéristique; les pupilles réagissent mal et sont inégales; les muscles de la face sont relâchés. Les jambes sont écartées l'une de l'autre, la démarche est incertaine, le malade se plaint d'une grande fatigue, etc... La période maniaque, lorsqu'elle existe, consiste en des efforts mal dirigés, faibles et n'aboutissant à rien; dans son activité incessante et inutile, le malade entreprend une foule d'ouvrages sans en terminer un seul, parce qu'il est maladroit, distrait, et incapable de fixer son attention sur un sujet quelconque. Beaucoup de ces paralytiques passent des heures à faire leur toilette pourtant sommaire, et la recommencent dix fois par jour; ils passent en revue, tous les jours, leurs papiers, leurs effets, rangent leur chambre, et accordent à chaque objet des soins ridiculement minutieux. Puis des préoccupations hypochondriaques surviennent, sans motifs sérieux, accompagnées de la même anxiété absorbante; à d'autres moments, c'est un arrêt ou une suppression plus ou moins complète des fonctions intellectuelles : les malades restent les yeux rivés sur une tache, ou bien sur le ciel, demeurent pétrifiés, à demi vêtus, dans des attitudes bizarres; ils n'écoutent rien, laissent faire les personnes qui les soignent, ou quelquefois résistent et s'excitent.

L'indifférence morale et le dédain des convenances augmentent rapidement (les malades se découvrent sans pudeur au milieu de la rue, et volent avec la maladresse qui caractérise la démence). La *parésie* des bras et des jambes, la gêne de la parole, sans caractère ataxique, apparaissent dès le début, ou bientôt après. Ainsi se fait l'évolution progressive (parfois très lente), qui conduit l'intelligence à une démence toujours plus profonde et le corps à une paralysie de plus en plus marquée. Assez souvent, moins rarement que dans la paralysie typique, on peut observer une amélioration, pendant laquelle le malade peut avoir conscience de son état, et abandonner ou contenir plus ou moins ses idées de grandeur.

Dans une *autre* modification, on n'observe jamais ni exaltation psychique, ni idées de grandeur caractéristiques, mais seulement une euphorie niaise, un sentiment de bonheur qui décèle la déchéance intellectuelle. Des troubles vaso-moteurs s'observent de temps à autre; la tête est alors

rouge, brûlante, les extrémités sont froides (la température s'élevant jusqu'à 41°); dans d'autres cas, on trouve des états d'excitation avec une humeur optimiste, ou bien avec fureur délirante, besoin de destruction et obtusion très marquée de la conscience. La mort survient enfin après les accidents terminaux de la paralysie générale, parmi lesquels il faut citer d'abord la paralysie aiguë du cerveau avec convulsions, et les attaques apoplectiques.

Le début de cette forme *b*) peut en imposer pour une mélancolie avec dépression vague, prostration, pleurs faciles et indécision; les symptômes moteurs sont d'abord peu apparents. Mais on reconnaît bien vite le caractère de démence dans l'incapacité d'écrire la lettre la plus simple, de faire l'addition la moins compliquée, et dans l'affaiblissement de la mémoire. Souvent apparaît de l'excitation maniaque, suivie d'une parésie qui augmente si rapidement que la paralysie générale, devenue évidente, se termine en peu de semaines par la mort.

Après les *affections fébriles aiguës*, on observe parfois un affaiblissement aigu de l'intelligence avec ataxie aiguë, puis la guérison. J'ai observé un cas de ce genre consécutif à une variole. — Après la fièvre typhoïde, en pleine convalescence, on voit souvent s'établir une paralysie générale chronique (forme modifiée) : obtusion morale, indifférence, manque d'initiative, projets puérils, non pas très-exagérés, mais qui sont cependant au-dessus des moyens du malade; inhabileté dans les affaires; perte du sentiment des convenances, activité incessante et sans but; conduite absurde; idées hypochondriaques, idées d'anéantissement (rien n'existe au monde, il n'y a ni jour ni nuit; tout est trop grand, trop étroit, trop large, le malade n'a pas de tête, pas d'yeux, etc...). La nutrition est affaiblie. Les symptômes moteurs (paralytiques) se produisent plus tard, quelquefois seulement à la fin de la maladie : le malade marche en écartant les jambes, sa parole est ralentie et confuse, la langue est agitée d'un tremblement; les muscles sont le siège de crampes localisées et passagères; la vessie et le gros intestin sont parésiés. Dans certains cas, la mémoire est longtemps bien conservée. — Plusieurs psychoses consécutives à des traumatismes graves de la tête se rapprochent de ce tableau clinique (voy. aussi les psychoses consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone, et à la strangulation. Art. *Démence aiguë primitive*, p. 216).

3. Variétés dans la marche.

a) Les prodromes insidieux peuvent être remplacés par des *troubles vaso-moteurs* très apparents; congestion céphalique avec attaques apoplectiformes, céphalée violente, aphasie passagère, troubles de l'ouïe; ou bien, contractures vaso-motrices, froid glacial aux extrémités, tendance aux lipothymies. A ces symptômes vaso-moteurs s'ajoute l'exaltation maniaque avec idées ambitieuses. — Les *symptômes*

moteurs (embarras de la parole) peuvent précéder de longtemps les symptômes psychiques; pourtant une observation attentive fait reconnaître ici un certain affaiblissement intellectuel, si léger qu'il soit (lacunes dans les souvenirs).

Dans un cas observé par moi, un homme, sain jusque-là, est tombé, sans aucuns prodrômes préalables, dans un état subit de rigidité musculaire; il ne pouvait plus porter la cuiller à sa bouche, et, seulement après des frictions avec du vinaigre, il revint à lui et sembla sortir d'un profond sommeil. Pendant quelques jours, il était revenu à l'état normal; puis, il présenta une irritabilité croissante, une rage de projets, et les premiers troubles moteurs, encore très légers, firent leur apparition.

Une autre variété est constituée par la forme de Lunier et Baillarger; ici. les symptômes psychiques ouvrent la scène, tandis que les symptômes moteurs sont très légers (parole); puis les troubles caractéristiques de la motilité se montrent progressivement.

b) La paralysie confirmée n'est pas primitive, mais apparaît comme le *stade consécutif d'une psychose*, soit immédiatement, soit seulement après une période plus ou moins longue d'euphorie. La psychose primitive peut : 1° ne faire en rien présager la paralysie qui suivra; 2° ou bien, dès le début, on constate de légers symptômes moteurs (inégalité pupillaire; affaiblissement des jambes; légères oscillations du corps quand le malade se lève; mais la parole est absolument normale).

J'ai observé comme psychoses précédant la paralysie générale : la manie, la mélancolie hypochondriaque avec grande excitabilité, le délire des persécutions. J'ai eu l'occasion d'observer aussi une mélancolie initiale avec indifférence morale; une perplexité, allant jusqu'au désespoir le plus violent, se montrait toutes les fois qu'on exhortait le malade à s'occuper; il existait de légers troubles de la motilité. Puis l'intelligence parut être redevenue normale pendant plusieurs mois; il ne subsistait que l'inégalité pupillaire. Ensuite la mélancolie avec un caractère de stupidité reparut accompagnée d'idées de suicide très actives; les symptômes moteurs étaient toujours peu accentués. Guérison complète, en apparence, pendant une année. Enfin, explosion brusque de paralysie à forme maniaque, avec délire ambitieux, et à marche suraiguë.

c) La paralysie *peut durer* plusieurs années, ou se terminer dans l'espace de quelques mois. Dans ce dernier cas, des attaques convulsives ou des complications cérébrales aiguës (hématomes) expliquent cette marche rapide; ou bien c'est l'excitation maniaque qui se transforme en délire aigu; ou tous les processus morbides prennent une marche galopante (méningite aiguë; voy. *Cérébropathies*); ou enfin, un marasme rapide termine la scène.

d) Après un stade initial ambitieux, de durée plus ou moins longue

(de quelques semaines à plusieurs mois), accompagné de symptômes moteurs caractéristiques (parole, mimique, pupilles, etc...), on voit tous ces phénomènes *s'atténuer* et *disparaître*, et l'état intellectuel redevenir normal (voy. plus bas); le malade a conscience alors de son état.

Cependant, cet état se distingue de la santé parfaite par une *fatigue de l'intelligence* parfois très légère, par un épuisement rapide des forces intellectuelles, par la tendance persistante du convalescent à estimer plus haut que de raison sa force, ses relations, ses connaissances. *Moralement,* le malade est superficiel, léger, et d'une grande sensiblerie. Au point de vue du *caractère,* il est efféminé; il est devenu plus léger dans sa conduite et dans ses allures. Les troubles de la parole, moindres, il est vrai, peuvent cependant persister. Dans une observation récente, j'ai constaté un rétrécissement persistant des deux pupilles (myosis double). Dans des cas exceptionnels, l'embarras de la parole, disparaît peu à peu; ce sont les *paralysies guéries,* dont un très petit nombre a été constaté, mais qui prouvent la possibilité d'une *restitutio ad integrum.*

Dans de *certaines limites*, l'effacement des symptômes peut être observé, et cela aux époques les plus différentes; le plus souvent, cette rétrocession succède à la manie initiale, mais quelquefois aussi, à la période plus avancée de délire d'anéantissement. Les malades, psychiquement affaiblis, sont ordinairement tranquilles, mais ils sont à la fois déprimés et irritables; dans les cas favorables, ils arrivent même à se comporter assez bien, ont une conscience limitée de leur affection, et peuvent encore exercer leur métier. Ce sont les *intervalles lucides* de la paralysie; à proprement parler, ce ne sont pas des intermissions, mais seulement des *rémissions* de la maladie.

Pendant ces rémissions, le malade ne doit pas être considéré comme guéri, ni comme responsable au point de vue médico-légal. Elles ne sont pas toujours faciles à reconnaître, surtout quand la manie initiale a présenté une physionomie paralytique, mais sans troubles moteurs caractéristiques.

La *durée* de l'affection est variable. D'après des observations assez concordantes, elle comprend deux ou trois années; mais on a cité des cas où la marche s'était prolongée jusqu'à cinq et six ans, et d'autres où elle n'avait pas excédé quelques mois.

Dans le cours de la maladie, outre les affections intercurrentes et tous les accidents possibles, les complications causées par l'affection cérébrale jouent naturellement un grand rôle (attaques apoplectiformes et épileptiformes).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

a) — MACROSCOPIQUE.

1. *Épaississement du crâne.* — Hyperostose généralisée, ou portant principalement sur la table interne (sous forme d'ostéophytes mamelonnés) ; riche vascularisation. A la base du crâne, au contraire, raréfaction osseuse. Dure-mère régulièrement épaissie, très adhérente à la voûte crânienne, au point que l'on ne peut plus l'en détacher sans la déchirer. La face interne est tantôt intacte, lisse et brillante, tantôt recouverte de légers dépôts fibrineux, parfois disposés en traînées.

2. *Opacités diffuses et épaississement des méninges;* ces opacités partent des vaisseaux; le plus souvent, la pie-mère n'est pas adhérente à la couche corticale, ou seulement de place en place. Parfois, on trouve dans la pie-mère, à la surface ou dans son épaisseur, de petits amas de cellules épithéliales (granulations épithéliales). Dans les épaississements blanchâtres ou jaunâtres, on trouve parfois de petites masses dures, grosses comme une tête d'épingle ou un grain de millet. La pie-mère épaissie, laiteuse, est plus ou moins œdématiée au niveau des places atrophiées des circonvolutions; les lésions de la pie-mère portent surtout sur le lobe frontal (souvent elles s'étendent aussi à la face inférieure de ce lobe), sur les circonvolutions centrales, sur la pariétale supérieure et la première temporale; les autres circonvolutions des lobes pariétal et occipital, comme celles du lobe temporal, sont ordinairement recouvertes d'une pie-mère normale. Dans les stades initiaux, c'est une congestion active des méninges qui prédomine; dans les stades ultérieurs, quand les opacités des méninges s'épaississent, la congestion diminue : elle est surtout veineuse, et l'on voit des veines sinueuses et dilatées.

3. L'*atrophie cérébrale*, aux stades avancés de la maladie, se rencontre surtout au niveau des épaississements de la pie-mère, c'est-à-dire au lobe frontal, dans la région de Rolando, aux circonvolutions temporale et pariétale supérieures; on trouve les lésions de l'atrophie; les circonvolutions sont amincies, linéaires, à bords irréguliers, et séparées par des sillons élargis; par suite de leur atrophie, de la réduction de leur volume, elles s'affaissent, et leur niveau devient inférieur à celui des autres circonvolutions; il en résulte des dépressions, comblées par l'œdème de la pie-mère. Souvent un hémisphère est plus atrophié que l'autre; certaines circonvolutions ou certains groupes de circonvolutions sont souvent aussi le siège de lésions très marquées (fait important pour la topographie clinique). L'atrophie des autres circonvolutions de la convexité du cerveau est parfois constatée, mais elle est plus rare, et moins nette que celle des circonvolutions dont nous venons de parler, et particulièrement de la région psycho-motrice. On rencontre quelquefois dans la substance corticale de très petits kystes; dans certains cas, cette substance est amincie, molle, et peut être facilement détachée de la substance blanche durcie (Baillarger, Rey). — Le *poids du cerveau* peut tomber, de 1350 grammes chez l'homme, 1200 chez la femme, à 1200 et à 1000 grammes. Il résulte de l'atrophie de

la couronne rayonnante que, dans les stades terminaux, les *ventricules sont dilatés*, remplis de liquide (hydropisie ventriculaire); l'*épendyme présente un aspect granulé* (aspect chagriné, râpeux, rappelant celui d'une langue de chat). Dans les plexus choroïdiens dégénérés, on trouve des kystes et parfois des psammomes.

4. *Myélite*, totale ou partielle (cordons postéro-latéraux), parfois avec participation de la substance grise. Dans certains cas, on a observé aussi la sclérose des cordons postérieurs, souvent des lésions des méninges rachidiennes. Nous n'avons pas encore d'indications précises sur les relations des lésions cérébrales et médullaires; ce sont sans doute, pour la plupart, des dégénérescences parties de certains centres cérébraux trophiques, altérés par le processus pathologique de la paralysie générale. Peut-être, devrait-on incriminer la région corticale, psycho-motrice, bien qu'on n'ait pas pu suivre les corps granuleux jusqu'aux ganglions de la base. Parfois il existe certainement des lésions médullaires indépendantes, consécutives à une méningite spinale ou primitives (lésions en foyer de myélite chronique, avec dégénérescence secondaire).

b) — HISTOLOGIE.

Les altérations de la substance corticale, pendant les différentes périodes et surtout à la fin de la maladie, portent sur les *vaisseaux*, sur les *cellules nerveuses* et les *fibres à myéline* les plus fines, enfin sur la *névroglie*.

α) Examinons ces lésions pendant le *stade initial*, et pendant le *développement complet* de la maladie.

1. *Vaisseaux* (*a*) : Hyperhémie, surtout marquée à la région profonde de la couche corticale. (*b*) Dilatation générale ou partielle en forme d'anévrysmes. (*c*) Épaississement des parois vasculaires avec aspect tacheté ou opacités, la lumière du vaisseau étant, par suite, rétrécie. (*d*) Multiplication des noyaux des parois vasculaires; accumulation de cellules rondes (migration des leucocytes?), et dégénérescence graisseuse, colloïde ou pigmentaire.

Les *gaines lymphatiques* sont distendues par des leucocytes, quelques hématies, et souvent par des granulations d'hématoïdine, particulièrement aux angles de bifurcation des vaisseaux. Il est à noter que toutes les parties de la substance corticale ne présentent pas les mêmes modifications; à côté de régions très altérées, on en voit d'autres qui paraissent presque saines, et même normales ; d'ordinaire, ce sont les circonvolutions frontales et centrales qui sont le plus lésées.

β) Dans les stades terminaux, on constate le développement des lésions histologiques que nous venons de décrire : la lumière des vaisseaux est rétrécie par la lésion des parois et la sclérose interstitielle; on trouve des oblitérations partielles, des embolies, des dégérescences fibrillaire et colloïde. Le protoplasma des capillaires présente une dégénérescence plus ou moins étendue, graisseuse et pigmentaire; il en est de même des cellules rondes (corps granuleux); mais cette lésion se rencontre surtout dans les parties profondes. Dilatation des gaines lymphatiques donnant à la coupe un aspect spécial (état criblé). Par suite de la stase lymphatique,

on observe des altérations dans le parenchyme de la couche corticale, qui offre par places, un aspect réticulaire, poreux et même kystique. La substance cérébrale est atrophiée par suite de la compression qu'elle subit. On trouve un nombre exagéré de cellules en pinceau (névroglie). Les cellules lymphatiques sont plus volumineuses, leur contenu est d'aspect granuleux. Dans les dernières périodes les cellules-araignées sont rétractées, leurs contours et leurs prolongements sont nets et brillants. Les cellules nerveuses présentent tous les aspects de la contraction et de la destruction moléculaire; leur nucléole a souvent disparu; elles ont un aspect tacheté; dégénérescence pigmentaire et circuse; rétraction et formation de vacuoles. Les fibres à myéline les plus fines de la substance corticale commencent à disparaître dès les premiers stades, et leur disparition progresse avec l'évolution morbide (Tuczek).

La névroglie n'est pas modifiée dans les stades initiaux de la paralysie typique; plus tard, elle devient homogène et brillante; les granulations moléculaires réfringentes disparaissent (augmentation de la substance fondamentale; disparition de la substance albuminoïde). La masse fondamentale homogène peut se décomposer en fibres, et prendre par places un aspect feutré. Les cellules-araignées peuvent être très multipliées, dans les phases terminales de l'atrophie cérébrale; on trouve aussi de nombreux noyaux entourés d'une petite quantité de protoplasma (leucocytes émigrés?); peut-être produisent-ils le nombre croissant des corps amyloïdes. On a noté quelquefois une dégénérescence colloïde de la substance corticale (névroglie et petits vaisseaux), le plus souvent dans la paralysie hypochondriaque; on a observé aussi la sclérose de la substance blanche sous-corticale (Meschede, Tuczek).

La destruction de la myéline des fibres nerveuses, la présence de corps granuleux, de corps amyloïdes, l'épaississement et la sclérose des vaisseaux et de la névroglie s'observent aussi dans la substance blanche du cerveau, dans le noyau lenticulaire (corps strié), dans le pédoncule, et se continuent par le faisceau pyramidal jusque dans la moelle.

Dans le *cervelet*, on a constaté l'atrophie des cellules de Purkinje.

Du côté de la *moelle*, on observe ordinairement une myélite des cordons latéraux et postérieurs, variable de forme et d'étendue. Il peut exister une dégénérescence descendante, une myélite primitive, ou consécutive à une méningite rachidienne; et ces lésions sont pures, mixtes, ou présentent toutes sortes de localisations (voy. *Paralysie avec ataxie*).

Les lésions *périphériques* ne sont pas constantes : dégénérescence graisseuse du cœur, hémorrhagies dans les muscles du tronc.

Si nous voulons résumer tous ces détails anatomo-pathologiques, et en tirer les faits principaux qui sont la *caractéristique nosologique* de la paralysie générale classique, nous trouvons que c'est : au point de vue *macroscopique*, un trouble de nutrition chronique du cerveau et en partie de la moelle, trouble qui se termine par l'atrophie et par des lésions secondaires des méninges; au point de vue *histologique*, c'est, dans les stades avancés de la maladie, une destruction des

cellules nerveuses corticales et des fibres nerveuses qui les relient, une altération des vaisseaux et une multiplication secondaire des éléments de la névroglie. Si nous examinons les faits cliniques, et en même temps les données que nous fournissent l'étiologie et la biologie, nous pouvons caractériser la paralysie générale, au *point de vue clinique* et *étiologique*, comme étant une involution pathologique, pendant l'âge adulte, d'un cerveau surexcité et dont le fonctionnement est excessif. *Anatomiquement*, c'est un processus atrophique général, frappant surtout la couche corticale, dans des régions déterminées du cerveau, une destruction des éléments nerveux et une hypertrophie secondaire de la névroglie, lésions causées par les congestions antérieures et les stases lymphatiques du cerveau et des méninges.

On a coutume de désigner sommairement ces lésions sous le nom de *périencéphalite chronique diffuse;* mais il faudrait savoir si le processus anatomique est primitivement de *nature inflammatoire.*

Si l'on écarte toute idée préconçue pour analyser les lésions du début et de l'apogée de la maladie, on reconnaît qu'il existe : 1° un état congestif du cortex cérébral; 2° une atrophie plus ou moins complète des éléments nerveux. On ne trouve pas de processus irritatif des éléments nerveux et de la névroglie, sauf dans les cas de complications individuelles. La dégénérescence des cellules nerveuses, la destructions des fibres nerveuses, la transformation histologique de la substance intercellulaire, ne diffèrent pas essentiellement des processus involutifs du cerveau sénile, processus que nous ne considérons pas comme inflammatoires. Les épaississements et les opacités de la pie-mère peuvent être expliqués comme étant la suite d'hyperhémies chroniques et de stases lymphatiques, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'hypothèse d'une *méningite* chronique primitive, ce qui concorderait mal du reste avec la température observée; et, d'autre part, il arrive assez souvent qu'il n'existe pas de lésion importante des méninges, la paralysie générale n'étant cependant pas douteuse.

Un certain nombre de cas doivent être, d'après les lésions trouvées à l'autopsie, rangés parmi les atrophies séniles; ils constituent le *senium precox* du cerveau complètement développé. Dans ces cas, la paralysie est une forme clinique de dégénérescence, dont les germes (anomalies variées du caractère) existaient depuis longtemps déjà dans la vie antérieure des malades. — Un *autre* groupe de cas, plus considérable, ne peut être rapproché d'une involution sénile; ici, à tous les stades de l'affection, on peut reconnaître la participation du système vasculaire, une congestion intense avec dilatation des petits vaisseaux, et, aux périodes ultimes, une plénitude exagérée des gaines lymphatiques, et une dégénérescence des parois vasculaires.

Dans ce groupe, à côté des processus d'atrophie nerveuse, il faut aussi tenir grand compte de cet état congestif. Les deux processus se succèdent (le processus congestif représente le début), et même l'un est probablement causé par l'autre.

La congestion anormale du cerveau amène consécutivement des troubles nutritifs se terminant par l'atrophie; nous sommes en droit de tirer cette conclusion des faits que nous fournissent l'autopsie et la clinique. L'examen microscopique, d'autre part, montre qu'il existe probablement une cause plus profonde, qui explique pourquoi la congestion du début devient durable et pernicieuse; ce sont les lésions des vaisseaux (aspect hyalin et tacheté), avec cette diapédèse constante et intense des globules blancs et des hématies, Bien que ce soit une hypothèse, on peut cependant admettre une altération des vaisseaux et en conclure à un trouble exosmotique et à l'oblitération des gaînes lymphatiques par les éléments du sang; tel serait le lien physiologique qui unirait le processus congestif et dégénératif (1).

En tenant compte de ces lésions vasculaires, congénitales ou acquises, on est conduit à la conception nosologique du processus paralytique, conception encore hypothétique. La paralysie classique, avons-nous dit, est le senium precox d'un cerveau anormalement constitué ou surmené; on peut maintenant modifier cette définition de la manière suivante : le processus paralytique se présente sous la forme d'un tableau clinique bien déterminé, la réaction ultime d'un cerveau près de mourir; c'est l'effet d'une altération des fonctions physiologiques et chimiques du protoplasma des vaisseaux, d'où inanition consécutive et enfin mort de l'organe. Cette lésion, ou plutôt cette *vulnérabilité des parois des vaisseaux* est la caractéristique des faits étiologiques, cliniques et anatomiques.

Dans les cas héréditaires, cette altération vasculaire est une cause physiologique et préexistante; dans les cas acquis, elle est une cause pathologique accidentelle, qui produit une disposition du cerveau à être détruit sans résistance. Que cette vulnérabilité soit héréditaire ou acquise, on reconnaît la même relation causale expliquant l'évolution pernicieuse du processus congestif cérébral. On comprend mieux aussi l'importance d'un trouble fonctionnel du sympathique, et de l'hyperhémie cérébrale qui en résulte, ainsi que l'altération des parois vasculaires (voy. les expériences de Cohnheim).

Je définis maintenant ce processus, au point de vue *nosologique*, « une névrose pernicieuse, portant sur les régions psychiques et psycho-motrices du territoire carotidien, reposant sur une vulnérabilité

(1) Les expériences de Mendel sur ce point ont un intérêt tout particulier; il a rendu paralytiques des chiens soumis pendant plusieurs semaines à une rotation continue (congestion du cerveau).

originelle ou acquise des parois des vaisseaux intra-cérébraux, et, enfin, caractérisée étiologiquement par une exagération de la fonction cérébrale, accompagnée de fluxions (ces deux ordres de faits sont favorisés et entretenus par des troubles du sympathique cervical). De là résultent, presque sans exception, la dégénérescence et la destruction du cerveau. »

Paralysie chez les femmes. — Elle a été niée souvent, mais il faut reconnaître son existence indiscutable. Elle est beaucoup plus rare que chez les hommes (1 : 7); la proportion serait encore moindre, d'après mes observations de ces dix dernières années. La plus grande fréquence coïncide avec un âge plus avancé (40 à 50 ans) que chez l'homme. Elle frappe plutôt les classes pauvres de la société, tandis que la paralysie des hommes atteint les classes les plus élevées. Les causes sont aussi les fatigues cérébrales avec congestion, les excès sexuels, la lutte pour l'existence (soucis, chagrins), de plus, les époques critiques et les troubles de la menstruation.

La *symptomatologie* ressemble, dans ses traits principaux, à celle de la paralysie chez les hommes ; mais, en général, elle est un peu modifiée. D'abord, tandis que la paralysie, chez l'homme, revêt surtout une *forme maniaque*, ici, le type ordinaire est une *démence tranquille*, avec idées de grandeurs peu marquées, ou en tout cas plus modestes. Les conceptions de l'imagination ont une allure beaucoup plus calme ; au lieu des idées ambitieuses indéfiniment exagérées qui vont toujours en s'élargissant, on ne voit chez la femme qu'une euphorie niaise : elle a de beaux habits, beaucoup d'enfants, une santé magnifique, elle est heureuse, etc.... Certains cas se rapprochent du type masculin de la paralysie, mais ils sont exceptionnels, et jamais les femmes n'atteignent, au moins d'après mes observations, la même intensité des idées délirantes. La marche, est par suite, plus calme, beaucoup moins bruyante que chez l'homme; les phases maniaques sont moins fortes et plus courtes; l'évolution se fait plus lentement; durant, en général, trois ans chez les hommes, elle se prolonge d'ordinaire pendant six années chez les femmes. Les troubles moteurs sont les mêmes; cependant le caractère paralytique prédomine sur le caractère convulsif et ataxique. Les rémissions sont moins fréquentes, de même que les attaques apoplectiformes et épileptiformes, qui sont très rarement observées au stade initial de l'affection ; il faut donc éliminer la forme congestive (voy. ce mot) de la paralysie des femmes. Les hallucinations sont plus rares. Les symptômes et la marche sont ceux d'un sénium insidieux et prématuré, avec caractère congestif modéré, en clinique et à l'autopsie.

TRAITEMENT.

Contre cette névrose trophique si dangereuse, qui attaque le cerveau arrivé à son plein développement et l'épuise, nous n'avons pas de médicament spécifique ou abortif. Aussi est-il difficile de lutter con-

tre cette terrible maladie, dont la fréquence augmente d'après les plus récentes statistiques. Le traitement peut cependant agir au début, d'où l'importance d'un diagnostic immédiat. Les indications sont les suivantes : tonifier sans irriter; lutter contre la congestion, contre l'affection vaso-motrice du cerveau.

La première indication est le *repos*. Dès le début de la paralysie, le malade doit abandonner ses occupations, et être placé dans un asile. On choisira de préférence les asiles retirés à la campagne, où l'on trouve, avec l'isolement nécessaire, la ressource des travaux de jardinage, accomplis au grand air, Outre le repos, la réglementation des menues occupations journalières, et la suppression de toute cause d'émotion, on instituera un régime tonique, mais doux et non excitant. L'hydrothérapie peut être utilisée, mais il faut éviter les douches sur la tête. Il faut défendre le tabac et l'alcool; on ne donnera des boissons alcooliques qu'aux malades très affaiblis, et encore en très petite quantité. Ne pas laisser les malades au soleil. Surveiller le sommeil. Le point essentiel du traitement consiste à éviter toute cause d'excitation corporelle et psychique.

Les *indications spéciales* sont fournies par les cas individuels; s'il existe une tendance aux congestions actives, il faut s'attacher particulièrement à les combattre; régime doux ; dérivatifs; glace, bains avec compresse froide; pédilvues; applications répétées de sangsues derrière les oreilles. — Quand on se trouve en présence d'une congestion cérébrale active et passive, consécutive à des excès, il faut recourir aux applications de glace sur la tête, prolongées pendant une ou deux heures, et à une diète sévère ; à l'intérieur, on doit donner l'ergot de seigle, et, dans certaines circonstances, l'iodure de potassium. Si l'habitus trahit une hyperhémie durable (aspect du malade; pouls carotidien; injection des conjonctives; céphalalgie; sommeil agité, rêves), on devra placer un séton et faire des frictions stibiées sur le crâne; les exemples encourageants sont assez nombreux. Contre l'insomnie, éviter d'employer le chloral, surtout d'une manière continue.

L'anémie domine-t-elle chez le malade, celui-ci est-il épuisé par des débauches antérieures ou par un surmenage intellectuel? alors, au régime fortifiant sans être excitant (avec de petites quantités de vin et de bière), on ajoutera l'administration de l'arsenic, de la quinine et du fer, avec ou sans opium donné à petites doses. On a signalé aussi de bons résultats dus à l'emploi de courants constants à travers la tête (employés avec prudence ; séances très courtes); les malades se trouvent mieux portants; le sommeil est meilleur, la force psychique semble augmenter, et les troubles moteurs (parole) s'amendent. Si la guérison n'est pas obtenue, du moins peut-on arriver à une rémission

consolante. On se trouvera bien d'ajouter à l'électrisation de la tête celle de la moelle (courants descendants, une minute à une minute et demie).

Si l'on atteint, par l'un de ces modes de traitement, une amélioration (ou un arrêt dans la marche de la maladie), il faut pourtant maintenir le malade dans l'isolement, au point de vue physique et mental. Un seul excès (et pour un cerveau vulnérable l'excitation alcoolique ou sexuelle même modérée suffit) peut anéantir les résultats péniblement obtenus. Il faut empêcher aussi, le plus longtemps possible, le malade de reprendre ses occupations. On prescrira avec avantage le séjour à la campagne (stations peu élevées; bord de la mer, mais pas de bains).

S'il y a un accès maniaque avec délire ambitieux caractéristique, alors les chances de succès deviennent moindres pour une thérapeutique active. Cependant, quand on évite toute excitation et que l'on combat les congestions, on arrive quelquefois à diminuer cette exaltation morbide, et à obtenir une rémission. C'est le but que doit se proposer le médecin, en surveillant très attentivement les soins donnés au physique et au moral du malade.

La séparation d'avec la famille, la suppression des rapports conjugaux sont nécessaires pour le malade, et pour éviter la procréation d'êtres pathologiques. De plus, les folies ruineuses, les achats immodérés du malade rendent indispensable le séjour à l'asile (on lui donne au besoin un peu plus de liberté qu'aux autres). Naturellement la volonté et l'irritabilité du malade sont souvent un obstacle sérieux; alors l'autorité du médecin, raisonnable mais ferme, doit entrer en jeu.

Dans les stades ultérieurs de la maladie, le séjour à l'asile est de toute nécessité (travail aux champs, etc.). Les indications varient suivant les phases, et il faut toujours tenir compte de la vulnérabilité cérébrale du paralytique. Si les troubles moteurs sont plus marqués, la tâche du médecin et du personnel devient plus grande et plus délicate; en dehors de l'incurabilité de cette affection, les troubles de la déglutition, de la miction, de la défécation, nécessitent des soins attentifs et continus.

Dans la forme hypochondriaque, il faut veiller aux tentatives de suicide. Si la paralysie augmente, et que le malade en soit réduit à garder le lit, il faut prévenir de son mieux les escharres et les pneumonies hypostatiques. Le cathétérisme doit être pratiqué tous les jours, s'il y a rétention d'urine. Dans ces stades, la nourriture doit être réconfortante; les aliments doivent être finement hachés; il convient de donner aussi de la bière et du vin généreux.

PSYCHOSES CÉRÉBROPATHIQUES

(PARALYSIES MODIFIÉES).

Bibliographie. — **Complication de pachyméningite** (V. bibl. dans Hugue-nin, *Ziemssen's Handb.*, XI). — Fürstner, *Arch. f. Psych.*, 8. — Arndt, *Virch. Arch.*, 52. — Savage, *Journ. of ment. sc.*, 1884. — **Lésions en foyer** (apoplexies) : — Mendel, *D. med. Wochenschr.*, 8e année. — Foville, *Ann. méd. psych.*, 1880 et 1881. — Eickolt, *Arch. f. Psych.*, 12. — **Apoplexies capillaires**, voir principalement : L. Meyer, *Arch. f. Psych.*, 1. — Arndt, *Virch. Arch.*, 51 (lésions histologiques). — Savage, *Journ. of ment. sc.*, 1882. — **Scléroses multiples** : v. Bibl. et Schultze, *Arch. f. Psych.*, 12. — Raynaud, *Gaz. des hôp.*, 1881. — Greiff, *Arch. f. Psych.*, 14. — **Démence sénile** : Marcé, *Recherches sur la démence sénile*, 1863. — Wille, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30. — Weiss, *Psychoses dans la vieillesse.* Wien. med. Pr. 1880. — Sepilli et Riva, *Riv. sper.*, 1880. — Cullere, *Ann. méd. psych.*, 1883. — **Tumeurs cérébrales** : Rey, *Id.*, 1882. — Field, *Lancet*, 1879. — **Paralysie générale tabétique et spasmodique** (v. Bibl. de paralys. gén. typique) : Mikle, *Lancet*, 1884. — Mills, *Journ. of nerv. a. ment. dis.*, 1883 (Tabes). — Gnauck, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1880 (sclérose latérale). — Zacher, *Arch. f. Psych.*, 13 et 15 (syndrome spasmodique). — Mœli, *Char. Ann.*, VI. — **Paralysie syphilitique** : Virchow, *Arch.*, 15. — *Tumeurs*, II. — Heubner, *Lésions syphilitiques des artères du cerveau*, 1874 (bibl.). — Du même, *Ziemssen's Handb.*, XI. — Esmarch et Jessen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 14. — L. Meyer, *Id.*, 18. — Westphal, *Id.*, 20. — Wille, *Id.*, 28. — Schüle, *Id.*, 28. — Ripping, *Id.*, 37. — Schüle, *Lésions*, 1874. — Erlenmeyer, *Psychoses syphil.*, 2e éd., 1879 (bibl.). — Mendel, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1879. — Charcot et Gombault, *Arch. de phys.*, 1873. — Foville, *Ann. méd. psych.*, 1879. — *Disc. des rapports entre la syphilis et la paral. gén. id.* — Ball, *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1881. — Mickle, *Journ. of ment. sc.*, 1879. — Obersteiner, *Wien. med. Woch.*, 1883. — Schulz, *Neur. Centralbl.*, 1883. — Kiernan, *Alien. and Neur.*, 1883. — Reinhard, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 41. — Eickholt, *Ibid.* — Nasse, *Ibid.*

a) Méningo-encéphalite chronique et subaiguë, ou encéphalite subaiguë. — Manie avec délire ambitieux et troubles moteurs; démence terminale accompagnée de symptômes paralytiques.

Symptomatologie. — Le début est ordinairement semblable à celui de la paralysie générale commune : irritabilité se traduisant par une réaction brutale ; obtusion morale avec sensiblerie. Puis la marche se précipite. — Dès le stade prodromique, il existe des sensations pénibles du côté de la tête : vertiges, céphalalgie intense, parfois des migraines durant des années. — Du côté psychique, c'est une hébétude anormale, des lacunes dans la mémoire, une tenue irrégulière, une inconsistance de pensée qui ne permet plus au malade de se livrer même à ses occupations habituelles. De bonne heure aussi, l'on voit survenir des états congestifs ; le malade redoute la chaleur du soleil; il est plongé très vite dans une ivresse profonde par de très petites quantités d'alcool. — La période expansive du délire ambitieux de

la paralysie typique n'est pas observée ici ; ou bien, quand elle apparaît, elle se transforme aussitôt en maladie grave ; jour et nuit, c'est une fureur sauvage, une rage de destruction qui forme alors la *première phase* de l'affection confirmée. D'ordinaire, sinon d'une façon constante, les troubles moteurs sont déjà très marqués (marche, parole, mouvement des mains, pupilles). La conscience est profondément altérée, le malade ne tient plus aucun compte de ce qui l'entoure, laisse les questions sans réponse, s'irrite de toute observation ; il gâte ; il se promène le long des murs, pousse des cris automatiques et inarticulés. Des idées ambitieuses se manifestent de temps à autre, mais brisées en fragments, pour ainsi dire, (empereur, millions, or, diamants) ; ou bien ce sont des mots isolés, sans lien entre eux. Puis l'angoisse reparaît, par un brusque retour, avec les cris d'épouvante d'un persécuté. Le malade tombe dans la panophobie, il se cache dans un coin, refuse la nourriture, a des impulsions aveugles et violentes ; il voit partout du poison ; dans ces manifestations dépressives, on retrouve toujours les mêmes caractères d'obscurité, de confusion et de mobilité. La conscience reste obtuse et obscurcie, avec des phases de demi-lucidité. Cet état maniaque est d'ordinaire accompagné d'une accélération des battements cardiaques, d'un pouls fréquent et dicrote, de chaleur à la tête, et d'une élévation de température (39° et plus), qui manque cependant dans quelques cas. Quand, après quelques jours ou quelques semaines, l'état maniaque s'affaiblit, on constate une démence déjà très marquée ; cette démence n'est pas apathique, mais s'accompagne d'une agitation incessante, impulsive, incohérente. Les troubles moteurs, composés à la fois d'excitation et de paralysie, s'accentuent rapidement ; la parole devient incompréhensible, par suite des mouvements ataxiques de la langue et des contractions des muscles des lèvres ; pendant le repos, on voit de légères contractions agiter les muscles du visage ou du tronc, ou bien de brusques secousses. Souvent, c'est un tremblement de tout le corps. Il semble que les muscles, dont l'atonie augmente, se trouvaient cependant dans un état d'excitation, se traduisant par les secousses de certains faisceaux musculaires. Des attaques épileptiformes se produisent de temps à autre ; elles ne se distinguent de celles de la paralysie ordinaire ni au point de vue moteur, ni au point de vue psychique. La température reste élevée pendant plusieurs semaines ; presque toujours elle atteint son maximum le soir. Des accès maniaques reviennent d'une manière intercurrente ; ils ont toujours le même caractère impulsif et convulsif des actes moteurs, et sont suivis d'une hébétude persistante profonde. L'intelligence est de plus en plus altérée, et l'on ne trouve plus que des fragments d'idées ambitieuses de caractère puéril, et des idées de persécutions sans cohérence ni

réaction. Satisfaits ou indifférents, les malades ressassent les mêmes idées, dont ils ne comprennent plus le sens. L'agitation alterne avec des périodes de stupeur. D'autres fois, le délire aigu s'établit avec ses caractères congestifs, une élévation extrême de la température, un collapsus rapide, et le malade succombe. Quand l'affection revêt des allures plus calmes, les accès maniaques congestifs diminuent et font place à une démence et à une paralysie plus avancées. On n'observe pas les rémissions proprement dites de la paralysie ordinaire; si la maladie semble s'arrêter, c'est seulement à un état plus profond de démence. Des troubles trophiques graves s'établissent en général, plus ou moins tôt, souvent au bout de quelques mois. Malgré une alimentation abondante, les malades arrivent à une maigreur de squelette. La diarrhée est souvent intense et presque incoercible. Ainsi se termine cette maladie; ou bien, comme dans la paralysie typique, la mort est due à des lésions du cerveau ou des poumons; elle peut survenir après quelques semaines ou quelques mois.

Cette affection représente, symptomatologiquement, une paralysie à *marche aiguë;* d'où le nom qu'on lui a donné de paralysie *galopante.* C'est, en réalité, une forme *abrégée* de la paralysie ordinaire. Les stades initiaux manquent; le début est marqué par un accès maniaque atteignant profondément l'intelligence, tel qu'on n'en observe, dans la véritable paralysie, qu'aux stades avancés de démence. La succession des diverses phases est irrégulière. Les périodes fébriles prolongées montrent qu'il s'agit d'une irritation cérébrale active, qui se trahit aussi par l'état des muscles au repos (contractions spontanées et fibrillaires). Ici nous ne trouvons pas une dégénérescence progressive, une diminution graduelle des fonctions intellectuelles et psycho-motrices; ce n'est pas non plus un affaiblissement graduel des centres psycho-moteurs, comme dans la paralysie typique, où les mouvements deviennent gauches d'abord, puis très imparfaits, pour arriver à disparaître. C'est une destruction immédiate; ce n'est pas un épuisement fonctionnel du cerveau, la mort d'un organe nerveux précédée de convulsions; c'est une destruction quasi traumatique des éléments nerveux psychiques, sous la forme d'une encéphalite ou d'une méningite destructive, et plus ou moins aiguë. La lésion des éléments organiques, qui se traduit par les symptômes psychiques, est aussi caractéristique que la marche abrégée de l'affection. Il n'existe plus ici de relations entre les stades; la lésion cérébrale inflammatoire détermine seule la marche. Souvent, la scène se termine par une méningite aiguë, avec raideur de la nuque, délire et somnolence. — Il faut faire remarquer encore que le début peut être marqué par une attaque apoplectiforme ou épileptiforme, comme dans la paralysie ordinaire.

Anatomie pathologique. — *a*) On constate les lésions d'une méningo-périencéphalite subaiguë; épaississements gris-blanchâtres des méninges (arachnitis de Bayle), avec plaques jaunâtres disséminées, dues à une irritation plus aiguë; œdème diffus et très marqué. Les exsudats se trouvent

le plus souvent autour des vaisseaux. Injection artérielle intense des méninges, qui adhèrent sur une grande étendue à la substance corticale, principalement au niveau des circonvolutions frontales, centrales et pariétale supérieure, et tout le long de la scissure de Sylvius. Les circonvolutions frontales, la face intérieure et la face interne des hémisphères sont ordinairement non adhérentes aux méninges. Dans les cas où un délire aigu a terminé la maladie, on peut observer une méningite aiguë suppurée. Quand on détache la pie-mère, adhérente à la substance corticale, il se produit des excoriations saignantes. Les circonvolutions sont turgescentes, quand la mort s'est produite dans les premières périodes; souvent, tout le cerveau semble augmenté de volume. La substance corticale, aux premières périodes, est gonflée, d'une couleur rouge bleuâtre; on y voit des taches, des stries, à côté d'îlots plus pâles; souvent même, elle offre l'aspect particulier, chatoyant et lisse, des substances colloïdes (L. Meyer). Sa consistance est moins ferme, mais n'est pas partout la même; on trouve souvent des parties dures à côté de parties plus molles. Les autres régions du cerveau sont congestionnées, gorgées de sang, surtout les ganglions de la base. Dans les ventricules, on remarque des granulations de l'épendyme, et une grande quantité d'un liquide louche. Les mêmes lésions hyperhémiques atteignent la moelle et ses méninges, mais surtout les méninges qui entourent la région postérieure de la moelle.

Histologie. — Les vaisseaux sont distendus et les gaînes lymphatiques oblitérées par des leucocytes et de nombreux globules rouges. Les parois vasculaires sont opaques, souvent épaissies et recouvertes de cellules-araignées volumineuses et gonflées, qui forment de longues traînées à travers la névroglie. Au voisinage des vaisseaux, la névroglie semble noyée et refoulée par les exsudations lymphatiques. Détachée par places, elle reste adhérente dans les points où se trouvent ces cellules-araignées hypertrophiées (celles-ci sont surtout nombreuses dans les couches corticales superficielles); telle est la cause des adhérences et des excoriations produites par le détachement des méninges. Dans les capillaires et les vaisseaux intermédiaires, on voit un nombre considérable de cellules bien développées (sans prolifération des noyaux); ces cellules ont des prolongements fibrillaires et étreignent les petits vaisseaux qu'elles semblent étrangler en certaines places. Dans les stades plus avancés, dégénérescence hyaline et graisseuse; les cellules nerveuses sont troubles et gonflées; plus tard, elles sont contractées et détruites.

b) Dans cette paralysie galopante, les méninges peuvent être intactes; on peut ne trouver qu'une inflammation diffuse des parties profondes de la substance corticale et des parois ventriculaires. Il n'existe pas trace d'épaississement des méninges; la couche superficielle du cortex est d'un blanc grisâtre, sa couleur est à peine modifiée; la couche profonde, par contre, est complètement ramollie et d'un rouge intense. Fréquentes apoplexies capillaires, avec développement énorme des vaisseaux, c'est-à-dire hyperhémie avec les modifications connues des vaisseaux et des voies lymphatiques. Meschede a décrit, dans ces cas aigus, un gonflement, un ramollissement des cellules nerveuses, qui se remplissent de granulations graisseuses.

Dans ce groupe des paralysies subaiguës, je voudrais faire entrer ces cas de manie grave et persistante, dont les symptômes psychiques essentiels sont : une démence primitive avec fureur et confusion absolue des idées, un délire ambitieux fragmentaire, des illusions des sens, une rage de destruction, des actes violents et désordonnés. Les troubles moteurs sont parfois moins marqués ; et tout à coup éclatent des convulsions généralisées, qui se terminent par la mort, ou se répètent coup sur coup ; ainsi se trahit l'affection cérébrale profonde ; et l'on constate à l'autopsie les lésions de la méningo-périencéphalite (voy. p. 99 et 100).

Les malades détruisent tout, sans qu'on les puisse arrêter, et se servent pour cela des pieds, des mains, des dents; ils courent, dansent, grimpent, sans souci du danger; ils manient toutes sortes d'ordures, les mâchent ; ils mordent tout ce qu'ils peuvent atteindre, avalent toutes sortes d'objets ; ils gâtent. Ils parlent sans s'arrêter, hurlent des lambeaux de phrase, ou des mots forgés par eux, et cela jour et nuit. Les idées ambitieuses débordent comme un torrent : le malade est empereur, roi, archange, il veut se mesurer avec Dieu : « lequel sera le plus grand » ? Chaque goutte de son urine est une montre d'or ; il n'a plus aucune idée de sa situation, du temps ni de l'espace. Il se montre grossier et brutal ; il passe de l'indolence à l'exaltation. Troubles de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale (les malades se plaignent d'être frappés pendant la nuit, par des fantômes). Dénutrition progressive. Puis les troubles moteurs se montrent peu à peu ; inégalité des pupilles ; les muscles du tronc sont contractés violemment, comme dans le tétanos, mais cette tension est volontaire. La lèvre supérieure est souvent animée d'un léger tremblement, par la projection en avant de la langue. La parole est un peu précipitée mais normale ; la marche rapide et assurée. Après un certain nombre de mois, le calme s'établit peu à peu, mais la confusion des idées et l'affaiblissement psychique persistent. Pendant ces périodes calmes, le malade s'occupe, comme un dément (il collectionne, s'amuse à des jeux puérils, détruit); les troubles moteurs n'augmentent pas sensiblement. Les malades parlent et marchent sans trêve. Dans certains cas, secousses choréiques générales ou localisées, avec augmentation de l'excitabilité réflexe. La démence paralytique progresse, agitée quelquefois par des périodes maniaques ; des convulsions générales surviennent soudainement, sans cause appréciable. Durée moyenne de l'affection : un à deux ans.

b) Complication de pachyméningite. — Les variétés multiples dans l'étendue, le siège et le début de cette inflammation de la dure-mère, ne peuvent être rassemblées dans une description unique. Cette complication, qui vient modifier les symptômes de la paralysie générale, peut cependant être reconnue; elle détermine des effets différents, suivant qu'elle exagère les symptômes d'irritation (inflammation de la dure-mère), ou bien suivant qu'elle produit de la compression cérébrale (hématôme volumineux). En clinique, ces deux

ordres de symptômes se combinent. Quant aux modifications de la paralysie, c'est-à-dire quant à la façon dont réagit le cerveau déjà lésé, il va de soi que les effets d'un épanchement sanguin qui occupe une certaine place dans la cavité crânienne, ne sont pas les mêmes, lorsque le cerveau a son volume normal, ou lorsqu'il est déjà considérablement réduit. Dans le premier cas, de petits épanchements ont aussitôt de grands effets ; dans le second, des épanchements considérables n'exercent qu'une action assez faible, en tous cas, ils ne produisent pas une attaque soudaine.

D'après les faits que j'ai observés, on peut distinguer *deux types* de paralysie modifiée par la pachyméningite, Le *premier* présente l'évolution d'une paralysie ordinaire, et la modification n'est annoncée que par les signes brutaux de l'hématôme ; dans le *deuxième type*, le tableau clinique est modifié dès le début. Ce qui frappe l'observateur, c'est, dans le premier type, l'absence complète, ou tout au moins l'allure insidieuse du stade ambitieux ; l'amnésie, l'affaiblissement intellectuel et moral, l'euphorie de la démence sont surtout apparentes. Le second type produit, dès le début, une *stupidité* remarquable ; les malades sont toujours dans le vague ; non seulement leur intelligence est apathique, mais ils sont incapables de penser. Souvent, ils offrent l'aspect d'un homme étourdi par un coup violent sur la tête. Dès le début, ils sont fréquemment atteints d'un tremblement généralisé, d'une exagération des réflexes tendineux et d'hyperexcitabilité réflexe ; phénomènes que le paralytique ordinaire présente seulement aux stades avancés de son affection. La démence apathique paraît déjà établie au début de la maladie, mais elle ne revêt pas la forme d'un affaiblissement psychique avec demi-conscience et humeur niaise et puérile ; c'est une somnolence stupide. Quand, dans le premier type, se produisent les symptômes brutaux de pachyméningite, les malades tombent très rapidement dans l'abrutissement intellectuel qui caractérise le second type. Les troubles de la parole ne sont pas d'abord légers, comme dans la paralysie ordinaire (amnésie, troubles plus ou moins marqués de l'articulation) ; ce sont tout de suite des troubles graves (impossibilité d'articuler), assez souvent de l'aphasie qui survient de bonne heure et qui persiste. Des périodes d'excitation qui se produisent irrégulièrement dans le cours de la maladie, sont les phases maniaques d'une démence profonde ; les malades déchirent et détruisent, d'une manière impulsive et stupide ; ils s'enduisent d'ordures ; poussent des cris et des hurlements inarticulés. Dans la deuxième forme, le pouls est souvent très ralenti (36 puls.) ; ce ralentissement succède parfois à un ictus dû à l'hématôme. Les pupilles sont rétrécies, aussi petites qu'une tête d'épingle, et ne se dilatent

pas dans l'obscurité, ni sous l'influence de l'atropine (ou la dilatation est, dans ce dernier cas, à peine sensible). Le rétablissement après une attaque apoplectique est ordinairement beaucoup moins parfait qu'après les attaques apoplectiformes ou épileptiformes ordinaires de la paralysie typique ; le plus souvent, il ne consiste qu'en une amélioration lente de la motilité; mais la démence persiste, ou même elle devient plus profonde. Un signe important aussi, c'est la congestion veineuse des papilles, ou de l'une d'elles seulement.

Les *accidents brusques de la pachyméningite* se présentent sous forme d'excitation stupide, ou d'attaques apoplectiques avec convulsions; les deux formes peuvent s'unir, les convulsions s'ajoutant à l'excitation. Cette excitation se traduit par un besoin impulsif de s'agiter; souvent le malade se frappe longtemps la tête contre un mur; il parle à voix basse et indistincte; congestion céphalique, pouls fréquent, sueurs profuses. — L'attaque, au contraire, s'accompagne de pâleur du visage, de pouls carotidien, et d'une respiration costale supérieure; convulsions toniques et cloniques qui diffèrent par certaines particularités de celles de la paralysie ordinaire (Fürstner). La tête est déviée d'un côté; il existe du nystagmus (les yeux oscillent en parcourant seulement la moitié de la fente palpébrale). Les convulsions des membres sont tantôt toniques, tantôt cloniques, unilatérales ou bilatérales; souvent elles passent d'un côté à l'autre du corps. — Il existe des mouvements qui paraissent voulus, intentionnels, et que les malades répètent pendant des heures : ils tirent leurs draps, leur chemise, touchent leur visage; c'est sans doute un effet direct de l'excitation des centres moteurs corticaux. On voit souvent se produire des convulsions localisées ou plus générales, la conscience étant alors à demi lucide. Des hémiplégies complètes se produisent d'une manière intercurrente; elles disparaissent lentement, mais souvent aussi elles persistent. On peut observer parfois une aphasie brusque, lorsque l'hémorrhagie avance vers le lobe frontal ou le lobe temporal, ou au contraire, quand l'hémorrhagie s'étend à la base du cerveau, une hémi-anesthésie du côté opposé. La température s'élève fréquemment au début, mais non pas toujours.

La *marche* ultérieure est tantôt un affaiblissement progressif (parfois très rapide, avec amaigrissement, diathèse furonculeuse, purpura); tantôt elle est interrompue par de nouvelles attaques. Les rémissions de la paralysie classique semblent manquer ici. La terminaison la plus fréquente est le marasme consécutif à la production d'autres épanchements sanguins (pleurésie costale, diaphragmatique, péritonite).

c) *Atrophie primitive du cerveau.* — Ici encore, la multiplicité des symptômes cliniques qui rentrent sous cette dénomination anatomique est si grande, qu'on ne peut tenter une description unique. Aussi décrirai-je les types que j'ai observés le plus grand nombre de fois. D'après les lésions anatomiques, je distinguerai : 1° une atrophie cérébrale primitive sans phénomènes d'excitation (sclérose diffuse chronique); 2° une atrophie cérébrale primitive avec phénomènes

d'excitation. Le premier groupe est intermédiaire à la paralysie typique et à la démence sénile; le second conduit aux scléroses en plaques et aux lésions en foyer d'encéphalite et d'hémorrhagie.

I. *Atrophie cérébrale primitive sans phénomènes d'excitation (inflammation).*

1er Type. — Cette atrophie débute, dans *sa forme la plus pure,* par une dépression *mélancolique* ou *hypochondriaque* de forme sénile (craintes de mourir de faim). Ces hypochondriaques répètent sans cesse les mêmes plaintes, expriment les mêmes angoisses exagérées, des craintes absurdes (la mousse de leur urine leur fait croire qu'elle contient du sucre, et ils ont peur d'être diabétiques; le mucus nasal représente pour eux la substance cérébrale qui s'écoule au dehors). Symptômes psychiques : le malade a peine à rassembler ses idées, ne peut plus penser; sa mémoire est rebelle, la fatigue intellectuelle suit aussitôt le moindre effort. Il se plaint d'avoir la tête vide et l'esprit obtus; quand il veut concentrer ses idées, il lui semble qu'on veuille «lui couper le cerveau avec un couteau de bois»; il ressent un tiraillement et une tension derrière la tête. Dureté de l'ouïe et affaiblissement de la vue; s'il ferme les yeux, ses idées disparaissent. Il a dans la bouche un goût de papier mâché, il a le ventre lourd, les membres sont fatigués, brisés ; souvent des idées bizarres l'obsèdent, ainsi que des sensations localisées, par exemple des bruits de trompette dans une certaine partie de la tête, etc... Il a le sentiment douloureux, angoissant, d'un *changement total,* il n'est rien de ce qu'il était autrefois. Souvent il éprouve une somnolence pathologique, surtout lorsqu'il veut rester éveillé; ce sommeil est provoqué par les causes les plus étranges, par exemple quand le malade se touche la racine du nez; au contraire, pendant la nuit, il lui est impossible de dormir. Quand il s'assoupit, il éprouve des secousses de terreur, des angoisses soudaines; des sensations étranges dans la tête lui font craindre de devenir fou. Les sens et la sensibilité générale sont *hyperesthésiés* ; le malade ne peut supporter le moindre bruit, l'acuité de l'ouïe lui paraît doublée ; il entend sa voix résonner dans tout son corps; tout est pour lui un sujet d'angoisse; il tremble de tout le corps. Parfois aussi, *anesthésies* et paresthésies des sens et de la sensibilité ; les mets paraissent sucrés, certaines sensations du goût sont émoussées. La température aussi est mal appréciée, les sentiments de chaud et de froid alternent rapidement, de sorte que le malade change de vêtements plusieurs fois par jour. Souvent le sentiment de froid est unilatéral; ce froid semble glacial, même pendant les plus fortes chaleurs de l'été. Puis, ce sont des sensations anormales de la peau; le malade sent la sueur ruisseler sur son corps, bien qu'il ne transpire pas. Peu à peu les doigts sont le siège de picotements, ou bien ils lui paraissent enveloppés d'ouate. La perte du sens musculaire l'oblige à se servir d'une canne pour marcher. Il ressent des vertiges, des étourdissements, qui lui font craindre de tomber en avant. La conscience s'affaiblit peu à peu; le cercle des idées était seulement plus restreint jusqu'alors, maintenant le malade semble rêver tout éveillé. Tout travail intellectuel est impossible; l'humeur est très mobile, tantôt très impressionnable, tantôt triste et indifférente; ou bien le malade est irrité, hautain,

ou découragé, sans force et sans énergie, mais jamais il n'éprouve une émotion douloureuse, et l'indifférence augmente jusqu'à être absolue. Souvent l'humeur varie suivant un type alternant. Les relations avec des malades de ce genre, deviennent toujours plus difficiles, à cause de leurs critiques insupportables et de leur caractère pathologique. Somatiquement, ils s'affaiblissent progressivement, se plaignent sans cesse; il leur semble que leurs membres soient ceux d'un mannequin, qu'ils soient troués, liquides. Le corps et l'intelligence suivent un même déclin, souvent avec des améliorations relatives; la mort est produite par une lésion cérébrale intercurrente (pachyméningite), par pneumonie, apoplexie, ou par suicide.

2e Type. — Les *hallucinations* sont prédominantes; la conscience est frappée de stupidité et la dépression est profonde (idées d'anéantissement); cette forme succède à la démence primitive avec hallucinations; au point de vue des symptômes, elle n'est autre que cette démence primitive, mais les symptômes psychiques ont le caractère d'une lésion plus profonde. Elle s'accompagne de troubles dans l'innervation musculaire durables, plus ou moins nets, et qui portent sur la mimique, sur la physionomie et sur les mouvements intentionnels. Le début est marqué par de l'insomnie, des distractions, des oublis et des actes étranges. Puis surviennent des hallucinations, toujours plus impérieuses, d'un ou de plusieurs sens. L'humeur change brusquement, passe d'un extrême à l'autre. Le malade fait tout le contraire de ce qu'on lui conseille, et les exhortations exagèrent la résistance musculaire. Si on le laisse en repos, les contractions musculaires s'apaisent. Perplexe et indécis, il n'obéit qu'aux hallucinations impérieuses qui lui font exécuter les actes les plus dangereux. Plus tard, l'humeur est très variable, l'euphorie de la démence alterne avec un profond désespoir; parfois aussi, ce sont les tourments hypochondriaques les plus étranges, comme dans le premier type et dans la paralysie ordinaire. Plus tard, quelques fragments de délire systématisé se présentent, d'après les perceptions du moment, d'après les souvenirs; ce sont alors des monologues extravagants; puis stupidité croissante, et amnésie. Les habitudes les plus simples, les actes les plus ordinaires, les repas, l'habillement, nécessitent un temps très long, et encore faut-il que les malades y soient aidés. La faiblesse motrice et psychique augmente, tandis que les hallucinations deviennent toutes-puissantes. La nutrition se fait toujours plus mal. Les malades meurent par le cerveau, ou succombent à une affection pulmonaire.

3e Type. — Le *délire systématisé chronique et primitif* présente aussi les symptômes des formes cliniques de l'atrophie cérébrale primitive. Au début, on observe une dépression traversée par de violentes angoisses; puis, à la période d'épuisement, une phase de stupidité, avec les signes d'une profonde hébétude (ce n'est pas un arrêt intellectuel simple) : les habitudes journalières les plus simples sont oubliées; grossières inconvenances, etc.; mais on peut aussi observer des périodes intercurrentes de lucidité relative. Le délire des persécutions qui succède et qui est définitif, revêt, le plus souvent, l'aspect du délire systématisé ordinaire; il présente, suivant les cas, des modifications caractéristiques, dues à la lésion cérébrale (atrophie de l'organe). Au fond, à travers toutes les phases de cette

maladie à physionomie si variable, on retrouve une défiance qui n'épargne personne (qui est causée par les doutes éprouvés par le malade, sur l'état de son existence intellectuelle); l'angoisse et la perplexité sont très intenses; les oscillations de la conscience contribuent à former les interprétations erronées sur lesquelles se base un délire des persécutions, d'abord vague, puis systématisé, et composé surtout d'erreurs de la sensibilité.

Dans le délire systématisé primitif *vésanique,* il existe une relation psychologique entre l'idée délirante et l'acte, et les diverses phases sont logiquement amenées; au contraire, dans le délire systématisé *organique,* les idées et les actes sont incohérents et contradictoires; la transition logique des phases n'existe pas, et l'acte est illogique. Tantôt c'est une agitation et une instabilité continuelles, le malade est excitable, irascible, d'une brutalité qui ne considère rien; tantôt c'est une grande obtusion, un arrêt, une fatigue intellectuelle et corporelle et une indifférence stupide avec aboulie; le malade oscille entre ces deux extrêmes, dans la même journée; souvent ces deux genres de manifestations se combinent, en laissant place, de temps à autre, à des périodes plus lucides. La conscience est très obscurcie, le malade est le jouet de ses idées délirantes, qui se contredisent à chaque moment, et forment les antithèses les plus extravagantes. Ces états se rapprochent quelque peu de la folie hystérique avec dégénérescence et de la paralysie générale, mais, en clinique, ils doivent être nettement séparés de ces deux affections. On observe aussi, par intervalles, des hallucinations impérieuses, et de l'hyperesthésie cutanée; comme dans les cas précédents, un tremblement caractéristique et intermittent de quelques muscles ou de quelques groupes musculaires (dû à des troubles d'innervation); du tremblement de la langue, et des troubles trophiques de la peau; un affaiblissement intellectuel progressif, en même temps que les idées délirantes de persécution deviennent de plus en plus puériles.

4° Type. — Si l'atrophie cérébrale primitive est associée à une sclérose de l'épendyme, et à une accumulation de liquide dans les ventricules (hydropisie ventriculaire), la paralysie modifiée prend très souvent la forme d'une *démence primitive,* précédée pendant plusieurs années par de l'*amaurose,* due à une destruction du chiasma par compression, l'infundibulum étant dilaté. La démence progressive marche d'un pas égal avec la paralysie motrice (sans ataxie). Parfois, il reste, au milieu de ces ténèbres intellectuelles, une idée ambitieuse vague et confuse. Le grincement de dents paraît être ici plus fréquent, plus précoce et plus durable que dans la paralysie générale ordinaire. Avant d'arriver à l'apathie la plus complète, le malade passe, dans la plupart des cas, par des phases d'excitation stupide.

II. *Atrophie cérébrale primitive, avec phénomènes intercurrents d'excitation inflammatoire .*

Les symptômes sont aussi variables que dans la forme précédente, d'après la localisation et l'intensité de l'affection cérébrale; ils varient

aussi suivant que la lésion est diffuse ou localisée, suivant que le cerveau ou les méninges sont plus ou moins atteints, enfin, suivant que l'affection a déterminé ou non une lésion en foyer. Aussi la symptomatologie présente-t-elle des traits et une marche très dissemblables dans les différents cas. Chaque cas individuel, avec ses caractères propres, ne pourra être diagnostiqué que d'après les principes généraux du diagnostic cérébral.

Les symptômes *psychiques* ont une certaine concordance; presque toujours la maladie débute par une démence primitive; apathie plus ou moins profonde, incapacité d'agir, affaiblissement de la mémoire. La lésion brusque de l'intelligence, ressentie par le malade, a un contre-coup dans son état moral; c'est une dépression mélancolique, dans laquelle on reconnaît plutôt un affaiblissement psychique définitif, qu'une suspension des fonctions psychiques; car il y a absence d'idées, et déchéance morale. Quand l'irritation du système vaso-moteur est plus intense, on voit survenir des pertes de connaissance, ou bien des aphasies, ou encore, quand les états congestifs sont très marqués, des phases d'excitation avec impulsions stupides, comme dans la manie grave. Jusqu'ici, tous ces phénomènes peuvent être observés au début d'une paralysie générale ordinaire; mais des troubles moteurs se produisent très tôt, tels que la lenteur de la parole, l'écartement des jambes dans la marche, la maladresse des mains, qui ont un caractère *nettement paralytique*. Quelques malades ont, pendant un certain temps, conscience de leur état. On n'observe pas un délire ambitieux véritable, comme dans la paralysie classique; presque toujours il fait absolument défaut; d'autres fois, c'est un simple sentiment de satisfaction, ou bien, dans les périodes d'excitation avec fièvre, c'est un bavardage délirant et confus. L'affaiblissement intellectuel augmente, souvent avec une rapidité remarquable, de telle sorte qu'il est devenu, en peu de mois, une démence profonde. La rapidité de la marche est due à l'acuité plus ou moins grande du processus cérébral, qui se traduit par de la stupeur avec fièvre, par de la manie stupide, par des états congestifs intenses avec délire et panophobie, par des névralgies douloureuses et des contractures localisées (crampes du diaphragme, du pharynx) ou enfin par des mouvements choréiques. Après chacune de ces attaques, la démence et la paralysie augmentent. Parfois on peut observer des améliorations relatives.

Pour la motilité, on peut noter des contractures ou des paralysies *localisées*, variables d'intensité et d'étendue : secousses convulsives dans un membre ; raideur des muscles alternant avec le relâchement; contractures passagères; mouvements choréiques dans les deux bras ou dans un seul; d'autres fois, mouvements des mains, automatiques, et, en apparence, intentionnels; flexion temporaire de la tête, les yeux étant baissés; strabisme, inégalité des pupilles, durable ou passagère, et variant avant ou après les attaques. Diminution ou disparition, puis retour partiel des réflexes tendineux. Anesthésie et analgésie, se modifiant d'une manière remarquable. Parfois, perte de l'odorat ou de la vue d'un seul côté (atrophie papillaire, hémianopsie, et troubles dans l'appréciation des couleurs). Deux

ordres de symptômes paraissent plus persistants, l'excitabilité réflexe très augmentée de la peau, et les troubles vaso-moteurs (troubles de la circulation de la tête et du tronc, parésie vaso-motrice surtout marquée aux pieds et aux mains). La marche est très différente de celle qu'on observe dans la paralysie classique, très variable dans la succession des phases et le développement des symptômes. Les troubles trophiques sont les mêmes que dans la paralysie, et aussi étendus. Cependant l'intensité du processus organique détermine une atrophie musculaire plus marquée et plus habituelle, et parfois très précoce.

Il faut ajouter à l'atrophie primitive du cerveau (*c*), l'*atrophie cérébrale avec hémorrhagies ou foyers de ramollissement*, ectasies capillaires et foyers miliaires, ou avec *sclérose diffuse*.

L'atrophie est *primitive*, ou *consécutive* aux lésions en foyer; dans le premier cas, l'affection cérébrale diffuse est la première en date, et la lésion en foyer se produit pendant son évolution; dans le second, la lésion en foyer est primitive, et suivie par l'atrophie générale. On peut distinguer, par suite, les tableaux cliniqnes suivants :

1° Démence primitive avec parésie progressive, hémiplégie intercurrente et apoplexie;

2° Apoplexie avec démence secondaire;

3° Démence avec paralysie progressive et générale, et parésies locales;

4° Délire des persécutions avec hallucinations (magnétisme), interprétations délirantes de « sensations rhumatismales », et démence progressive avec parésie (comp. avec la troisième modification, p. 349).

Les tableaux 1 et 2 se confondent, en quelque sorte, avec le groupe si riche des affections cérébrales par athérôme, désignées sous le nom collectif de *démence sénile grave* (avec paralysie musculaire progressive).

On observe un stade de prodrômes corporels et psychiques. Ce sont les signes d'une irritation cérébrale diffuse, variable d'après la nature et le siège du trouble circulatoire causé par l'athérôme, et, en même temps, des symptômes d'affaiblissement, douleur de tête, vertiges, insomnie, malaise général, sensations de froid et impatiences, surtout dans les membres inférieurs; pouls bondissant, tension artérielle accrue (urine albumineuse). Quant aux troubles psychiques, ce sont : une diminution de la mémoire, au point que le malade ne se rend pas compte de l'heure; une fatigue intellectuelle rapide; une écriture illisible, avec des fautes et des mots oubliés; le malade geint sans cesse; il est indécis, susceptible et irritable; souvent il est d'abord avare et misanthrope. La maladie peut débuter par un trouble intellectuel aigu, presque toujours sous la forme d'une hypochondrie excessive (la colonne vertébrale est luxée; toutes les parties du corps sont disloquées, les muscles rétractés, la chair du visage a été arrachée; à certains moments, la vue est tout à fait éteinte). Ou bien c'est

une démence primitive (manque de retenue, inconvenances, affaiblissement de la mémoire; troubles paralytiques de la marche et de la parole; gloutonnerie; bouffées de délire ambitieux peu intense, qui alternent avec la dépression; la démence et la paralysie musculaire suivent une marche progressive; parfois atrophie lente du nerf optique). Ou bien, *enfin*, c'est une attaque apoplectique avec hémiplégie (aphasie), rarement une attaque épileptiforme. D'ordinaire, la démence s'accroît, tandis que, somatiquement, on constate la production de nouvelles attaques paralytiques. Cette marche peut, surtout au début, être interrompue par des périodes d'excitation survenant d'une façon irrégulière : c'est alors une activité sans but (le malade manie sans relâche ses habits, son linge, etc.), avec dépression par intervalles (il craint d'être volé; il gronde, récrimine, parfois avec une grande vivacité). Si l'excitation porte sur les sphères intellectuelles élevées, on voit se produire des actes pervers, de la kleptomanie, des impulsions érotiques; le malade entre souvent en conflit avec la loi. Si l'excitation porte sur les centres psycho-moteurs et sur les centres inférieurs, alors on est en présence de manies graves, avec confusion intellectuelle complète et rage de destruction. Si l'excitation fait défaut et que la maladie prenne une allure dépressive, l'irritation cérébrale se traduit par des accès soudains d'angoisse, des idées obsédantes, des impulsions motrices violentes. L'angoisse est-elle motivée? alors elle est puérile, et correspond à la dégradation cérébrale (un de mes malades avait, pendant la nuit, des idées obsédantes qu'il ne pouvait surmonter, et qui déterminaient de l'angoisse : par exemple, il avait mis sa chemise à l'envers, etc. !); les illusions augmentent. Wille fait cette remarque importante que tout ce drame mélancolique se produit pendant la nuit; pendant le jour le malade ne présente rien de particulier. Un type alternant a cependant été observé.

Quoi qu'il en soit, l'affaiblissement intellectuel termine toujours cette évolution, en même temps qu'une paralysie motrice croissante. Les malades sont toujours plus indifférents, parfois ils présentent une stupeur passagère (compression cérébrale produite par les troubles circulatoires (athérôme) : ils s'endorment souvent, sont engourdis. Dans les meilleurs moments, ils sont irritables, raisonneurs, contrariants, mécontents, obstinés, et oubliant tout, d'une minute à l'autre. Ils oublient souvent jusqu'à leur nom, ou refusent avec colère de se nommer. Ils conversent avec eux-mêmes, boivent leur urine avec une mine satisfaite, etc. Les troubles de la parole ne sont pas représentés par de l'ataxie comme dans la paralysie ordinaire, mais par de la glossoplégie; il semble que les malades aient de la bouillie dans la bouche lorsqu'ils parlent. L'association des idées est même plus altérée; pas une phrase ne peut être correcte d'un bout à l'autre; à peine quelques mots ont-ils été prononcés que la marche des idées s'arrête brusquement; puis un nouveau fragment de phrase est articulé; ainsi le langage est coupé par d'incessantes ellipses. Souvent le mot cherché ne peut être prononcé, parce que la langue n'obéit pas (d'où mécontentement très vif et colère). Le malade cherche souvent à suppléer à sa parole insuffisante par une écriture hiéroglyphique; l'agraphie s'accompagne souvent de paralexie et d'alexie. La déchéance intellectuelle et morale fait d'incessants

progrès (actes pervers). Un délire ambitieux, monotone et puéril, s'observe souvent par intervalles. Enfin le malade devient gâteux, doit être alimenté, et reste somnolent comme un enfant au berceau.

Dans cette marche descendante, on voit survenir des attaques *paralytiques* et *convulsives* (attaques épileptiformes, apoplectiformes, hémiplégiques, aphasiques, qui sont passagères ou durables). La sensibilité est troublée et les réflexes tendineux sont modifiés d'une façon intermittente ou continue. Malgré sa gloutonnerie, le malade s'amaigrit, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque, des eschares, une cystite ou une pneumonie viennent détruire enfin cette personnalité déjà à demi ruinée, qui parfois a conservé pourtant des moments de lucidité faits pour surprendre. C'est surtout dans cette forme de mort par le cerveau que l'on rencontre les modifications du rhythme respiratoire (type de Cheyne-Stokes).

La durée de la maladie est très variable ; la mort arrive parfois au bout de quelques semaines ; d'autres cas présentent, après des attaques graves, des rémissions prolongées pendant des mois. Le plus souvent, la marche est chronique ; elle dure de un à quatre ans.

La *démence* et la *paralysie* consécutives à des attaques apoplectiques (embolies) ont des symptômes variables suivant la durée continue ou les intermittences de l'irritation cérébrale, ou suivant les progrès de l'atrophie cérébrale. Les cas individuels sont surtout influencés dans leur forme clinique par la situation et les dimensions du foyer hémorrhagique, et aussi par le degré de vitalité du cerveau.

Chez un jeune homme atteint d'hémorrhagie à la suite d'une insolation (il avait été autrefois blessé gravement à la tête), j'ai observé une hémiplégie de longue durée, et un affaiblissement progressif de l'intelligence. Au début, éclata un délire systématisé aigu avec hallucinations, qui dura plusieurs semaines ; puis s'établit un délire des persécutions prolongé, accompagné d'une grande irritabilité, de congestions céphaliques intermittentes et de troubles de la sensibilité générale. Dans la suite, ce malade tua le médecin qui le soignait. — Chez un homme de cinquante-sept ans, j'ai observé, deux ans après une attaque apoplectique, une irritabilité extrême suivie de manie grave se prolongeant pendant une année (désordre moteur, confusion intellectuelle complète, actes impulsifs et amaigrissement). Puis vint une période d'idées ambitieuses mal coordonnées (empereur, millions). Après plusieurs mois, stade de moria (manie avec affaiblissement intellectuel) ; ensuite courte récidive de manie grave, suivie d'une démence tranquille. Enfin la nutrition se releva et il se produisit une amélioration progressive, qui se termina par une guérison complète et définitive.

En même temps que la lésion hémorrhagique cesse de progresser et se répare, on peut observer une accalmie, une guérison relative de

l'affaiblissement psychique, et une amélioration réelle des phénomènes paralytiques (voy. plus haut). Ce sont là des cas de transition, qui se rapprochent des psychoses traumatiques.

d) L'*Encéphalite* avec *sclérose en plaques disséminées* forme une transition naturelle qui conduit aux psychoses syphilitiques.

Les troubles psychiques, dans la sclérose en plaques classique, sont ordinairement représentés par une irritabilité très grande, une instabilité de l'humeur et une grande sensiblerie, un affaiblissement de la mémoire, des idées délirantes soudaines avec hallucinations, puis quelques idées angoissantes de persécution, de l'euphorie démente par intervalles, du délire ambitieux puéril. Ils suivent une marche progressive et se transforment parfois très vite en une stupidité profonde. Les sentiments moraux les plus élevés sont longtemps, quelquefois toujours, épargnés; dans certains cas, on observe des accès de dépression mélancolique avec tentatives de suicide. D'autres fois, la dépression est remplacée par un délire ambitieux, expansif, et une exagération de la personnalité. Pour le diagnostic différentiel, il faut songer aux signes somatiques de la sclérose diffuse (parésies locales avec contractures ; tremblement dans les mouvements volontaires; paralysie de la langue, etc.).

Les cas que j'ai observés de démence progressive avec paralysie, causés par une *encéphalite* avec *dilatation des capillaires* et anévrysmes miliaires, étaient *tous deux* caractérisés par de l'obtusion intellectuelle, des troubles moteurs, attri- buables à une lésion en foyer, et des attaques apoplectiques. Des phases d'excitation et de rage destructive, alternaient avec la stupidité. Enfin, les malades arrivaient au dernier degré de la démence apathique, avec affaiblissement général et paralysies partielles. — Dans le cas de Meyer, le premier de ce genre, une mélancolie avec accès d'angoisse fut suivie d'affaiblissement intellectuel avec troubles moteurs de l'hypoglosse et du facial, et diminution de la sensibilité à la douleur, comme dans la paralysie générale ordinaire.

e) *Psychoses causées par des tumeurs cérébrales* (*Démence et paralysie progressives*).

Je ne fais mention de ce groupe que pour être complet, car il est impossible de lui assigner des symptômes généraux. Le siège, le volume de la tumeur, la rapidité de son accroissement, les complications mécaniques qui en résultent, etc..., donnent à chaque cas une physionomie particulière. Les symptômes extraordinairement variables, irréguliers dans leur marche, et qui dénoncent des lésions diffuses et en foyer, comprennent d'ordinaire une démence plus ou moins rapide (générale ou partielle) et les paralysies les plus multiples; par intervalles apparaissent des phases de manie avec stupidité, de délire avec hallucinations, et aussi de lucidité relative. Les symptômes de la paralysie générale se sont même produits à plusieurs reprises pendant l'évolution d'une tumeur de ce genre; parfois ils persistaient, d'autres fois ils s'effaçaient rapidement ; enfin une attaque soudaine, des paralysies localisées survenant brusquement, des lésions du

fond de l'œil, etc..., viennent éclairer le clinicien sur la nature de l'affection cérébrale (pour le diagnostic différentiel, voy. Vol. XI, Ziemssen's Hdb.).

f) Complications médullaires. — Les lésions spinales qui peuvent être constatées sont : la sclérose des cordons postérieurs (tabes; paralysie tabétique), la sclérose latérale (paralysie spasmodique); la sclérose en plaques des cordons postérieurs et latéraux; la myélite centrale, la syringomyélie.

On ne peut indiquer des *symptômes généraux* caractérisant ces complications spinales. Seules, les paralysies tabétiques peuvent constituer un groupe clinique; encore les symptômes sont-ils essentiellement différents suivant que le tabes précède la paralysie générale ou qu'il la suit (voy. plus loin). Dans les deux cas, les symptômes cérébraux peuvent être ceux de la paralysie générale ordinaire, avec simple addition des symptômes de l'ataxie spinale. Mais très souvent aussi, surtout quand l'ataxie a été la première lésion, les symptômes cérébraux peuvent être effacés par les symptômes ataxiques.

Après les douleurs caractéristiques du début, un délire hypochondriaque s'établit, reposant précisément sur ces douleurs; il passe progressivement à la démence. Les troubles croissants de la sensibilité et de la motilité montrent que les lésions tabétiques gagnent les régions supérieures, et les troubles moteurs de la parole indiquent la lésion du bulbe. Cette démence tabétique évolue souvent avec une grande rapidité; parfois, au contraire, des rémissions inattendues se prolongent pendant des années. Les symptômes psychiques accompagnent l'ataxie sont très variables : *a*), c'est d'abord un délire des persécutions (voy. p. 149), dans lequel les interprétations délirantes reposent sur les troubles de la sensibilité dus à l'affection spinale; *b*), ce sont primitivement des accès maniaques, un délire ambitieux mélangé de dépression et d'exaltation ; ces accès guérissent, puis reparaissent, ou bien sont remplacés par un stade d'affaiblissement psychique et d'hypochondrie ; enfin, vient une démence progressive. Il est intéressant de noter des améliorations, souvent subites, durant des heures et même des jours, et qui amendent à la fois les troubles ataxiques et mentaux. D'autre part, on observe, dans les cas de ce genre, des convulsions plus fréquentes que dans la paralysie générale ordinaire. Ce qui caractérise l'affection, c'est l'ataxie musculaire, l'abolition des réflexes tendineux, et une paralysie motrice progressive.

Simon a décrit une variété de démence tabétique : c'est une démence progressive avec paralysie, dans laquelle la démence et le tabes ont un début *simultané*. La démence a la physionomie de la forme sénile : perte de la mémoire, bavardage délirant, puérilité, irritabilité très grande, avec tendance à un délire ambitieux niais et incohérent; symptômes bulbaires précoces; anesthésie et analgésie. Dans le cas de Simon, il existait une sclérose très marquée de la substance blanche du cerveau, et une coloration bleu d'acier de la substance corticale; les cordons postérieurs étaient sclérosés; myélite des cordons latéraux avec corps granuleux.

Il faut remarquer que parfois la dégénérescence des cordons postérieurs a coïncidé avec une paralysie sans que, pendant la vie, on ait observé de l'ataxie ou des troubles de la sensibilité. Ces derniers symptômes semblent n'être produits que si la disparition de la myéline est déjà très marquée (Westphal). Parfois aussi, la sclérose latérale peut ne pas exister, malgré la présence de troubles spasmodiques (Zacher).

g) Troubles psychiques dans l'encéphalite syphilitique.

Dans les affections cérébrales dont nous venons de parler, il était déjà difficile de trouver des symptômes caractéristiques des troubles psychiques qui les accompagnent; pour la syphilis cérébrale, la difficulté est encore plus grande. On sait maintenant que les lésions syphilitiques peuvent être localisées, diffuses ou mixtes; aussi pouvons-nous comprendre que dans l'encéphalite syphilitique, les formes déjà décrites vont se représenter. Un simple coup d'œil sur l'anatomie pathologique de cette maladie suffit pour montrer l'impossibilité d'une seule forme. Nous trouvons, en effet, des lésions osseuses du crâne, des encéphalites et des méningites spéciales, tantôt isolées, tantôt associées à des lésions en foyer (qui sont un ramollissement simple ou qui sont produites par une lésion artérielle, elle-même circonscrite ou diffuse); on trouve encore des gommes et des scléroses cérébrales partielles. Tous ces processus ont d'ailleurs une marche chronique ou aiguë; c'est une complication nouvelle pour la marche et le développement des symptômes. Aussi peut-on comprendre la nature protéique des symptômes (il n'existe pas deux cas semblables), et la répugnance de beaucoup d'observateurs à chercher, dans ce fouillis symptomatologique, des caractères spécifiques pouvant établir l'existence de cette entité morbide.

Cette observation a son importance, et il est en effet impossible d'établir un type bien net des troubles psychiques dans les cérébropathies syphilitiques; mais il serait exagéré, d'autre part, de se refuser à comprendre dans un cadre général ces symptômes, et de signaler certaines nuances particulières, assez fréquentes, qui distinguent ce groupe syphilitique d'autres groupes analogues. Tous ces cas présentent l'une ou l'autre des formes de la paralysie modifiée; ce fait est indiscutable et accepté par tous. Aussi pourrons-nous établir un groupe clinique. Il faut savoir que la syphilis cérébrale peut présenter l'aspect de la paralysie générale typique; la chose est pourtant moins fréquente, d'après mes observations, qu'on ne l'a pensé autrefois, car on attribuait à toutes les paralysies générales une origine syphilitique. Les paralysies spécifiques se distinguent par certaines nuances somatiques et psychiques, ou par des différences dans la marche de l'affection. Il existe, je crois, des démences syphilitiques ayant quelque ressemblance avec certaines démences alcooliques; on retrouve des troubles moteurs spéciaux, et certaines particularités de la marche qui distinguent ces cas de la paralysie typique et des autres paralysies modifiées. Ce sont là les caractères distinctifs de la paralysie syphilitique; mais ils n'existent pas toujours. Bien entendu, le clinicien ne négligera pas l'anamnèse ni l'histoire de la maladie (voy. Heubner, *Encycl. de Ziemssen*, t. XI).

Les symptômes moteurs et psychiques, isolés ou réunis, peuvent

marquer le début de l'affection. Les symptômes *psychiques* sont des symptômes de paralysie et des symptômes d'excitation; le caractère de paralysie est le plus fréquent. Si la démence primitive ouvre la scène, elle se caractérise ainsi : 1° le développement est rapide (en comparaison des autres atrophies cérébrales diffuses non compliquées); 2° la démence frappe inégalement les diverses facultés intellectuelles; outre l'affaiblissement psychique général et intense, on observe de véritables lacunes, la perte de certaines facultés; ce sont des phénomènes de déchéance psychique partielle, et il semble que le malade n'ait jamais possédé ces facultés. Des malades instruits oublient les quatrerèg les de l'arithmétique, ou bien une langue étrangère qu'ils possédaient autrefois parfaitement; d'autres présentent la lésion isolée de ne se rendre plus compte de l'étendue, ni des distances (Erlenmeyer). La démence syphilitique ne consiste pas dans une disparition régulière de toutes les facultés, mais dans une destruction partielle, et d'abord profonde, de l'une ou l'autre de ces facultés. Dans une sphère encore plus élevée, on retrouve ce même caractère. 3° Enfin, ces lacunes peuvent présenter un caractère intermittent; ainsi l'on voit alterner des états opposés, la finesse d'esprit et l'obtusion, la bienveillance et la brutalité, la modestie et la vanité, la délicatesse et la grossièreté, etc.

Si la démence primitive n'apparaît pas d'abord, elle est souvent amenée par une mélancolie hypochondriaque (syphilitique, voy. *Mélancolie*); alors, on observe en même temps la cachexie et l'anémie spécifiques, ainsi que les névralgies constantes (céphalée). Ce stade hypochondriaque de début, qui, d'après mes observations, dure parfois des mois et des années, peut produire des accès d'angoisse épouvantables, à caractère réellement cérébral, et pousser invinciblement le malade au suicide. (voy. *Mélancolie*). Quand l'affection s'est développée, le malade n'en a pas conscience, de même que dans la paralysie générale typique; on retrouve le même dérèglement de l'imagination, l'affaiblissement du jugement pour les choses les plus simples, pour la situation même du sujet, la dislocation de la marche des idées, l'instabilité de l'humeur, la légèreté et les inconvenances, enfin la déchéance psychique, malgré quelques éclairs passagers d'intelligence. Le délire ambitieux peut présenter les mêmes caractères que dans la paralysie typique, mais le plus souvent il se réduit à une certaine expansion démente, qui fait que le malade se trompe sur son état, et détermine une satisfaction tranquille sans désirs et sans plaintes.

A la démence s'ajoutent bientôt des symptômes *moteurs*, qui ont un caractère de paralysie, d'ataxie, ou de contractions brusques arrêtant les mouvements. C'est le tableau que présentent les stades initiaux de

la paralysie ordinaire. Pour les troubles de la parole, c'est tantôt de la paralysie avec ataxie, tantôt de la dysphasie glossoplégique. Les mouvements des membres sont lourds et incertains. Du reste, les troubles moteurs sont souvent très modestes en comparaison des troubles psychiques. — En général, des *névralgies* (douleurs ostéocopes, et céphalée violente, qui surviennent surtout la nuit) font déjà soupçonner la maladie; elles cèdent pendant un certain temps, au moment de l'apparition brusque des symptômes psychiques. On voit aussi survenir, souvent à cette époque, des troubles de la vue (dans une de mes observations, une amaurose a précédé d'un an l'apparition des symptômes intellectuels). S'il ne se produit pas d'accidents brusques, le processus poursuit sa marche, les signes psychiques et moteurs s'aggravant peu à peu. Le plus souvent, on voit bientôt survenir des troubles moteurs dus à des lésions en foyer, du strabisme, du ptosis, de l'aphasie passagère, ou des convulsions cloniques dans les membres (phénomènes se produisant sans lien anatomique apparent; ils s'effacent, puis reparaissent). Les troubles psychiques sont aussi très mobiles; l'indolence démente est remplacée par une violente agitation maniaque, avec troubles de la conscience (comme dans la paralysie), ou bien par un délire aigu bientôt terminé par la mort. De violentes attaques épileptiformes viennent parfois troubler l'uniformité de la marche; elles laissent après elles une démence plus profonde et des hémiplégies, les unes passagères, les autres durables.

Ces attaques peuvent être aussi les premiers symptômes (comme dans la paralysie congestive); de même on observe, au début, une agitation maniaque avec tendance à la démence, comme dans la paralysie typique, et accompagnée du même délire ambitieux : aussi la marche est-elle la même; mais des troubles moteurs spéciaux caractérisent la paralysie spécifique.

Les symptômes moteurs, lorsqu'ils sont bien nets, apparaissent brusquement, puis disparaissent (Wunderlich); ils sont caractérisés par de la paralysie et de l'excitation (parésies et contractures localisées). Avec les phases de troubles moteurs très marqués, alternent des périodes d'engourdissement avec somnolence, de vertiges, et de tremblement analogue à celui de la sclérose en plaques. A ces paralysies s'ajoutent des troubles de la sensibilité et des sens, de plus en plus étendus (amaurose, voy. plus haut). — On peut aussi trouver, de temps à autre, une éruption ou une lésion osseuse spécifique; comme complications d'origine médullaire, on observe des modifications des réflexes tendineux, des eschares, des cystites. Tous les troubles somatiques, nerveux et trophiques, sont, suivant les cas individuels, les symptômes terminaux de la paralysie typique ou des paralysies modifiées.

Pendant la *marche*, il faut tenir compte d'une foule d'accidents intercurrents, dus aux lésions anatomiques polymorphes. Pour un certain nombre de cas, la marche est tout à fait celle de la paralysie classique (forme ordinaire ou forme aiguë et ses variétés). Mais dans les paralysies syphilitiques la durée est ordinairement beaucoup plus longue que dans la paralysie typique (elle peut atteindre vingt années). De même, on voit ici des stades pathologiques graves être remplacés par une période de rétablissement, ce qui n'arrive pas dans la paralysie classique ordinaire. On trouve des faits analogues dans la mobilité bien connue d'autres lésions syphilitiques (paralysies). Les rémissions véritablement caractéristiques sont moins fréquentes, bien qu'on les puisse observer; elles permettent au malade de se rendre compte de son état, et il peut parfois récupérer les mouvements musculaires, même des mouvements délicats. Certains de ces convalescents apparents ont même une attitude, une vivacité intellectuelle, une cordialité qui ravissent leur entourage. Mais, en général, le paralytique syphilitique reste plus affaibli, dans les rémissions, que le paralytique ordinaire; ce dernier paraît tout à fait sain; celui-là présente toujours certaines anomalies; son inaptitude professionnelle est plus grande, son humeur plus souvent déprimée et irritable. En somme, l'affection pathologique imprime sur lui un cachet plus profond. En général, les rémissions durent plusieurs mois.

Anatomie pathologique. — Il suffit de rappeler la variété des lésions macroscopiques. D'une part, nous avons affaire à des hyperplasies osseuses (ostéomes), ayant leur point de départ dans le crâne et le péricrâne (périostite syphilitique); d'autre part, nous trouvons des ostéites (gommeuses), parfois une perforation crânienne et une inflammation secondaire des méninges. Dans les *méninges*, on trouve des adhérences diffuses ou circonscrites des méninges entre elles, ou bien avec le crâne et la couche corticale du cerveau; il n'est pas prouvé que l'épaississement circonscrit de l'arachnoïde soit syphilitique. Dans le *cerveau* comme dans les méninges, les gommes, de formes et de consistance diverses, caractérisent le processus syphilitique, surtout si on les rencontre auprès des trous de sortie des nerfs crâniens. Notons aussi les ramollissements circonscrits dans la substance corticale ou dans la substance blanche, et les scléroses disséminées sous forme de plaques d'un gris bleuâtre à la base du cerveau (Meyer). Les altérations syphilitiques des artères (Heubner) récemment discutées, consistent en une production abondante de petites cellules entre la tunique élastique et la tunique interne (processus qu'on croit devoir distinguer de l'athérome); la lumière du vaisseau est diminuée, et il est enfin complètement oblitéré. Existe-t-il une encéphalite syphilitique caractérisée histologiquement? Quant à moi, je puis signaler, d'après mes observations, les nodosités et l'aspect fibrillaire des petits vaisseaux qu'on n'observe pas dans les cas d'encéphalite ordinaire. On trouve une lésion assez analogue au voisinage d'anciens foyers d'hémorrhagies; mais ici cette lésion est isolée et s'étend en forme de traînées. Il convient peut-être de faire remarquer aussi la multiplication énorme des cellules-araignées dans la substance grise (comme je l'ai vu dans un cas de myélite syphilitique). Dans

une observation, j'ai trouvé une dégénérescence hyaline très étendue des vaisseaux dans la substance corticale.

TRAITEMENT.

Le traitement des paralysies *modifiées* est à peu près le même que celui de la paralysie typique, mais doit être dirigé aussi d'après les différentes indications. La paralysie *galopante* a deux indications : (*a*) lutter contre l'inflammation cérébrale ; (*b*) soutenir les forces épuisées.

Glace à l'intérieur ; repos au lit ; chambre obscure ; compresses d'eau glacée ; sangsues appliquées par intervalles. Au début, régime adoucissant ; régime lacté ; bientôt après, nourriture fortifiante et facile à digérer, viande, vin et bière. Opiacés. Quelquefois ergotine. Révulsifs sur la tête, à la nuque, aux jambes. Le séjour dans un asile est indispensable.

Dans les paralysies *tabétiques*, il faut traiter la sclérose médullaire (courants continus, etc.). La paralysie *syphilitique* doit être combattue par l'iodure de potassium, même si cette médication ne répond pas aux espérances ; les autres traitements (frictions mercurielles, injections sous-cutanées) doivent être utilisés avec une grande prudence, et il faut tenir grand compte de l'état général du malade. Si celui-ci est tranquille et inoffensif, on pourra tenter une cure thermale (Aix-la-Chapelle), mais en le soumettant à une surveillance et à une direction convenables.

ALCOOLISME ET FOLIES ALCOOLIQUES

Bibliographie. — **Généralités** : Brühl-Cramer, 1819. — Magnus Huss, *Alcoolisme chronique*, 1852. — Magnan, *Gaz. des hôp.*, 1869; *Gaz. hebd.*, 1873 et de l'alcoolisme. Paris, 1874. — Leudet, *Journ. de méd. mentale*, 1867 et 1868. — Boehm, *Ziemssen's Handb.*, 15. — Baer, *Alcoolisme*. Berlin, 1868 (avec bibliogr. et statistique détaillée). — Du même, *Ivrognerie et criminalité*, Arch. f. Psych., 10. — **Symptômes généraux et particuliers** : Russel, *Alien. and neurol.*, 1882. — Speyr, *Thèse*, inspirée par Wille. Bâle, 1882. — Wright, *Alien. and neurol.*, 1881 et 1882. — Crothers, *Clin. studies of inebriety*, Philad. Reports, 1881; *Journ. of nervous and ment. diseases*, 1882; et *Amer. Journ. of med. sc.*, 1882. — Uthoff, *Examen ophtalmoscopique*, Berl. klin. Woch., 1884. — Moeli, *Ibid.* — Lancereaux, *Union médicale* (troubles vaso-moteurs et trophiques), 1881. — Mason, *Amer. Journ. of neur.*, 1883. — **Délire des persécutions** : *Traité* de Casper Liman. — Liman, *Cas douteux*. — Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, 1847. — Legrand du Saulle, *Délire des persécutions*, 1871. — Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34. — Schæfer, *Ibid.*, 35. — Leidesdorf, *Zeitschr. d. Gesellsch. d. Ærzte*, 1854. — **Delirium tremens** : Sutton, *Trad. allem.* de Heinecke, 1820. — Rose, *Chir.* de Pitha et Billroth, I (avec bibliographie). — Lasègue, *Arch. de méd.*, 1881. — Régis, *l'Encéph.*, 1882. — Mann, *Alien. and neurol.*, 1883. — Bumm, *Berl. klin. Woch.*, 1882 (albuminurie, etc.). — **Thérapeutique** : Naecke, *Arch. f. klin. Med.*, 25 (chloral et opium). — Gugl, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1884 (paraldéhyde). — Dujardin-Beaumetz (strychnine). — Rousseau, *Arch. de psych.*, 1880 (brom. de pot. et bains froids). — Krafft-Ebing, *Memorabilien*, 1881; *Therapeutische Monatshefte*, 1888. — **Delirium tremens fébrile** : Fürstner, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34. — Delasiauve, *Gaz. des hôp.*, 1871. — **Paralysies alcooliques et pseudo-paralysies** : Hoffmann's, *Bericht über Siegburg*, 1864. — Brosius, *Irrenfreund*, 1868. — Nasse, *Ibid.*, 1870. — Schreiber, *Med. Presse*, 1880. — Moneaux, *Marche de la paralysie*, etc. *Thèse*. Paris, 1881. — Fischer, *Arch. f. Psych.*, 1883 (affections spinales). — Wille, *Allg. Wiener med. Zeitung*, 1883. — Doerr, *Thèse*, 1883. — Camuset, *Ann. méd. psych.*, 1883. — Frigerio, *Arch. Ital.*, XX (n'admet pas les pseudo-paralysies). — **Epilepsie alcoolique** : Legrand du Saulle, *Étude médico-légale*, 1877. — Echeverria, *Journ. of ment. sc.*, 1881. — Raab, *Wiener med. Blatt*, 1882. — Mierzejewsky, *Wjestnsk.*, 1re année. — **Manie alcoolique** (V. Manie grave). — **Mélancolie alcoolique** : Luekken, *Schmidt's Jahrb.*, 1876. — **Excès alcoolique** : Baer, *loc. cit.* et *Vierteljahrsschr. f. öffl. Gesundheitspfl.*, 1881. — Bing, *D. med. Woch.*, 1881. — Mason, *Quart. Journ. of inebr.*, 1881. — Stark et Götel, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37. — **Absinthisme** : Gautier, *Progr. méd.*, 27.

Pour étudier les folies alcooliques, il faut d'abord examiner la forme la plus simple de l'intoxication alcoolique, c'est-à-dire l'ivresse, qui est, en somme, une courte folie. La comparaison est surtout exacte entre la paralysie et l'ivresse, et, ainsi limitée, elle est encore pleine d'intérêt. Si même on ne tient pas compte des faits qui peuvent établir nosologiquement cette ressemblance, l'ivresse représente du moins un état aigu et passager de paralysie : il n'existe pas de lésions inflammatoires, c'est un trouble seulement *fonctionnel*, résultant d'une intoxication aiguë. Mais, d'autre part, la diversité des états psychiques

chez les ivrognes, qui sont tantôt tristes, tantôt exaltés, et ce fait que la quantité d'alcool nécessaire pour produire ces états est très variable, sont très utiles pour faire comprendre les folies alcooliques; il faut donc tenir surtout compte de la résistance cérébrale individuelle et de la qualité de l'alcool, qui est plus ou moins toxique (l'eau-de-vie est plus toxique que la bière et le vin; les combinaisons amyliques sont plus dangereuses que les combinaisons méthyliques et éthyliques). La résistance cérébrale n'est pas la même aux différentes époques de la vie, et elle varie quand les conditions physiologiques sont modifiées; ainsi, ce qui était bien supporté par un individu en pleine santé, peut le rendre malade lorsque son système nerveux est affaibli, et l'ivresse peut alors déterminer une véritable folie transitoire (voy. *Ivresses pathologiques*).

Les excès de boissons *longtemps continués* ont une influence beaucoup plus grande sur la production de troubles nerveux ; les résultats de cette action sont de deux sortes : 1° une affection cérébrale éclate, résultant de l'accumulation du poison, dont l'action n'est pas seulement chimique, mais aussi vaso-motrice; 2° on observe une véritable imbibition de tout l'organisme par l'alcool; c'est ce qu'on appelle la cachexie alcoolique, dont la marche est chronique ou prend, par épisodes, une allure aiguë. La première forme est simplement le résultat d'ivresses répétées qui sont devenues progressivement plus graves, mais sans qu'il se soit établi une dyscrasie persistante; la seconde représente une altération profonde de toutes les fonctions nerveuses et végétatives, accompagnée de lésions organiques dangereuses. Ces deux ordres de phénomènes sont, on le conçoit, des degrés différents des altérations produites par l'alcool. La dernière forme est la suite ordinaire de la première ; mais cette succession n'est pas un fait inévitable, ni constant; l'affection cérébrale peut se répéter à plusieurs reprises, puis le système nerveux affaibli redevient normal ; d'autres fois, la dyscrasie chronique des ivrognes peut s'établir d'emblée, sans avoir été précédée d'accidents toxiques aigus.

Dans la première forme d'alcoolisme, la guérison est possible sous certaines conditions ; le pronostic n'est fatal que si la seconde forme est atteinte; pourtant l'incurabilité peut exister dès les premiers stades de l'affection, et elle est alors un stigmate de dégénérescence. Si l'on peut, en théorie, rassembler ces deux formes sous le nom commun d'alcoolisme chronique, on doit les distinguer l'une de l'autre dans la pratique. De même, les symptômes cliniques se retrouvent dans les deux états, mais avec certaines modifications : le délire systématisé aigu alcoolique appartient surtout à la première forme, mais on l'observe aussi dans la seconde forme, où il apparaît incidemment et d'une façon passagère; le délire systématisé chronique des buveurs, le delirium tremens, et la paralysie alcoolique sont propres à la deuxième forme, c'est-à-dire à l'alcoolisme proprement dit.

Il faut encore considérer à un autre point de vue les troubles psychiques qui succèdent aux excès de boissons continus ou habituels. Nous n'avons pas cité toutes les psychoses qui peuvent se développer dans les stades primitifs ou ultérieurs de l'alcoolisme ; toutes les formes connues de folies peuvent être observées dans cette intoxication, les manies, les mélancolies, les démences aiguës, aussi bien que les délires systématisés à marche chronique et aiguë. Au point de vue des symptômes, on doit noter ce fait important : parmi les psychoses, les unes présentent un tableau clinique tout à fait particulier et caractéristique, les autres ressemblent d'une façon générale, et même dans les détails, aux psychoses non alcooliques (voy. plus loin). On peut donc distinguer des psychoses alcooliques à proprement parler, auxquelles l'alcoolisme donne une forme spécifique, et des psychoses dans lesquelles l'alcool ne joue qu'un rôle secondaire. Les formes spécifiques comprennent le délire systématisé aigu des buveurs, et le delirium tremens; ces deux états pathologiques correspondent peut-être à un seul processus morbide, qui, dans le premier cas, se produit dans un cerveau momentanément surexcité par des excès de boissons et qui, dans le second, frappe un cerveau affaibli par l'intoxication chronique. Elles comprennent aussi l'alcoolisme chronique, *sensu stricto*. Les formes non spécifiques sont les mélancolies, les manies, les paralysies et les états chroniques de délire systématisé alcoolique.

Cependant c'est seulement dans un certain nombre de cas, et il faut le faire remarquer tout de suite, que les manies et les mélancolies d'origine alcoolique ressemblent aux formes habituelles ; dans ces cas, on n'observe aucune différence dans la symptomatologie clinique. Par contre, un autre groupe de cas présente des modifications de détails, mais si caractéristiques que l'origine alcoolique est indéniable. L'action toxique, profonde et prolongée longtemps, imprime probablement à l'affection ce caractère spécial (voy. plus loin). Ces modifications spécifiques sont très nettes dans certains cas de délire systématisé chronique alcoolique, et quelques-unes se rencontrent dans la paralysie alcoolique, où elles méritent une attention d'autant plus grande.

Nous décrirons d'abord le premier groupe :

a) *Les psychoses alcooliques spécifiques.* — Examinons d'abord

LES IVRESSES PATHOLOGIQUES.

Les troubles observés peuvent être :

1° Des troubles *somatiques* qui représentent, dès le début de l'ivresse, le stade terminal, paralytique, de l'ivresse. Le sujet, après avoir absorbé une dose même modérée d'alcool, peut présenter pendant plusieurs heures le trouble le plus marqué de la conscience, et en même temps tous les signes de l'intoxication alcoolique aiguë (congestion céphalique

intense, pupilles dilatées et immobiles ; souvent secousses convulsives des membres). Après un sommeil profond, le malade s'éveille et souffre du malaise ordinaire après les excès de cette sorte; il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant cet accès d'alcoolisme.

Cette forme d'intoxication aiguë frappe surtout des individus qui sont convalescents d'une fièvre typhoïde, ou qui sont sous l'influence d'une excitation nerveuse momentanée, à la suite d'émotions violentes ou d'un séjour dans un endroit dont la température trop élevée prédisposait aux congestions ; mais cette « ivresse convulsive » est quelquefois aussi due à une intolérance congénitale pour les boissons alcooliques.

2° Les troubles psychiques de l'ivresse pathologique sont plus importants. Comme causes prédisposantes, signalons les affaiblissements accidentels ou congénitaux par suite desquels le système vaso-moteur est particulièrement excitable (tendances aux congestions céphaliques). Les psychopathies aiguës de ce groupe sont les suivantes : (*a*) des états transitoires de fureur ; (*b*) des accès transitoires de délire des persécutions alcoolique, avec excitation maniaque violente; (*c*) des raptus mélancoliques, surtout des tentatives de suicide, des tentatives d'homicide dirigées contre les plus proches parents de l'ivrogne. Les manies transitoires peuvent revêtir deux formes : 1° c'est une manie *incomplète*, caractérisée par une impulsion soudaine à des actes violents, et qui éclate brusquement pendant les excès alcooliques ou aussitôt après ; les impulsions les plus fréquentes sont celles qui poussent le malade à incendier sa maison, à détruire ce qu'il a eu tant de peine à acquérir ; 2° c'est une manie plus *générale*, un soudain accès de rage, un besoin de détruire les objets et d'attaquer les personnes. Dans les deux cas, l'accès est très court (de une à quelques heures) ; il se termine quelquefois par une crise de sommeil ou par un stade d'hébétude et d'épuisement. Ce qui est caractéristique, c'est que le souvenir de ce qui s'est passé est toujours incomplet et souvent nul. — Le délire des persécutions, transitoire et suraigu, avec délire terrifiant et réactions désespérées sous forme de mouvements violents (souvent très dangereux) succède quelquefois, non pas immédiatement, mais au bout de plusieurs heures, à l'excès d'alcool ; il se développe spontanément ou sous l'influence d'une cause quelconque, telle que la colère ou l'angoisse.

Toutes ces ivresses pathologiques sont extrêmement importantes, dans la pratique, au point de vue médico-légal. Répétons encore une fois, pour en bien faire comprendre la nature, que ces ivresses ne sont pas toujours produites par des libations exagérées, mais que très souvent (quand il existe déjà un affaiblissement notable) elles sont provoquées par des doses médiocres d'alcool. — Rappelons aussi, au point de vue médico-légal, que certaines personnes ayant absorbé une petite quantité d'alcool peuvent présenter pendant

un temps plus ou moins long, un état spécial, pendant lequel elles semblent jouir dans leur conduite, de leur conscience et de leur jugement; elles font des achats, par exemple, mais *il ne leur reste aucun souvenir de ce qui s'est passé* (Wright, Crothers, Mierzejewsky).

La forme la plus importante et la plus fréquente est

LE DÉLIRE SYSTÉMATISÉ AIGU DES BUVEURS.

Cette psychose succède à des excès alcooliques, prolongés pendant des jours ou même des semaines (vin, ou bière et vin à la fois); c'est simplement la terminaison, sous forme de crise, d'excès d'alcool commis par des individus qui ne sont pas des buveurs invétérés. Tel est le cas le plus ordinaire. Lorsque cette affection se produit dans le cours de l'alcoolisme chronique, ce qui est plus rare du reste, c'est seulement au début de cette cachexie qu'elle apparaît (au moment où l'on observe des symptômes gastriques, de la dépression morale et un tremblement léger). Dans les stades ultérieurs de cette cachexie, quand l'affaiblissement est très marqué, les crises ne revêtent pas cette forme simple de délire systématisé aigu des buveurs, mais bien la forme modifiée du *delirium tremens.*

L'aspect clinique est celui d'un délire systématisé aigu hallucinatoire dont la forme, le développement et la marche sont les mêmes que dans d'autres variétés (observées dans des cas d'invalidité cérébrale). Ce qui caractérise surtout l'origine alcoolique de ce délire, c'est d'abord la nature des erreurs des sens, qui ont toujours un *caractère terrifiant* et irrésistible; ces erreurs des sens sont toujours les mêmes, identiques jusque dans les plus petits détails chez tous les individus, quels que soient leur âge et leur éducation (les malades voient des apparitions, s'entendent appeler; ils ont surtout des hallucinations élémentaires, entendent des coups de feu, voient une fumée qui s'élève dans l'air, un torrent de sang qui s'écoule); presque toujours, ces erreurs ont aussi un caractère génital : ce n'est pas une excitation sexuelle cynique, mais les malades sont tourmentés par des idées de jalousie, ou cherchent à mutiler leurs organes génitaux. Il est rare que des persécutions soient attribuées à l'électricité. On observe parfois, à la fin de la phase délirante, une période passagère de délire exalté. Au point de vue des dispositions morales, on rencontre constamment une dépression profonde et une angoisse désespérée, qui provoquent des raptus redoutables. La conscience est toujours profondément troublée, parfois même annulée pendant un certain temps. La marche est aiguë s'il n'y a qu'un accès, ou rémittente si plusieurs accès se succèdent. L'affection se termine : 1° par la guérison; 2° par l'état antérieur d'alcoolisme chronique ou de délire des persécutions chronique (le suicide est très fréquent).

Symptômes. — Le délire éclate soit aussitôt après un ou plusieurs excès de boissons, soit au bout de plusieurs jours pendant lesquels le caractère du malade semblait modifié; celui-ci était devenu triste, méfiant, irritable. L'explosion brusque du délire se produit souvent dans le poste de police où l'on a conduit l'ivrogne. C'est ordinairement pendant la nuit que les premiers symptômes se manifestent. Des illu-

sions et des hallucinations, toujours plus nombreuses, viennent assaillir le malade; il voit des traînées de feu, entend des coups de fusil ; la rue est remplie par une foule dont les murmures indiquent les dispositions hostiles à son égard ; il entend les pas des gendarmes qui viennent l'arrêter; on veut le frapper de coups de bâton, le traîner tout nu dans la rue. Souvent il se livre à des actes violents (il cherche à se tuer, à se sauver par la fenêtre ou tire des coups de revolver pour se défendre contre ses ennemis; il brise tous les objets qui sont à sa portée). Il est furieux, il se jette sur toutes les personnes qui l'approchent et cherche à les tuer. Lorsqu'il est moins agité, il voit au milieu de ses insomnies des esprits vengeurs et menaçants ; une apparition blanche et silencieuse, armée d'un glaive, se tient auprès de lui ; s'il se lève, elle se lève aussitôt et brandit son glaive. Il entend remuer des hannetons et des sauterelles qui remplissent son oreiller; il sent des odeurs de soufre et de pétrole ; sur le pain qu'on lui donne il voit des taches noires; sur le bord du verre qu'on lui tend il aperçoit une poudre dangereuse. Il est torturé par une véritable panophobie. Il se couvre de meurtrissures, s'écorche tout le corps sans y prendre garde; il se cache sous tous les meubles et ne se croit jamais en sûreté. Il entend ses parents crier au secours ; on veut leur couper les mains, les jambes, leur ouvrir le ventre; il voit des ruisseaux de sang qui coulent à travers sa chambre. Quelquefois il voit le diable en personne, qui lui montre l'enfer. Il se sent brûlé par des flammes; il ne peut s'enfuir par la porte, elle est trop étroite, la serrure ne peut plus s'ouvrir. Pendant qu'il court de tous côtés, sans pouvoir prendre de repos — une heure lui semble une éternité, — il est contraint d'entendre dire que son foyer est déshonoré, que les séducteurs de sa femme ont grimpé jusqu'à la fenêtre; ils le raillent, le menacent de lui amputer le pénis, etc. Par moments il entend des blasphèmes qu'il est obligé de répéter.

Dans d'*autres* cas, le délire revêt une forme *religieuse :* les voix et les apparitions annoncent la fin du monde ; les tombeaux et l'enfer s'ouvrent; le malade assiste à des orgies, à des spectacles obscènes. Les illusions se mêlent aux perceptions réelles, et le malade vit dans deux mondes différents, passant de l'un dans l'autre au gré de ses hallucinations. Il est jugé par les tribunaux et menacé de punitions épouvantables; il les voit et les sent s'accomplir, d'où résultent des réactions maniaques violentes. — Dans un *troisième* type, les premiers symptômes sont de caractère *mélancolique* et *hypochondriaque :* le malade passe les journées et les nuits dans une angoisse extrême, par suite des sensations qu'il éprouve ; il croit devoir se préparer à la mort ; les hallucinations n'existent pas d'abord. Ces états d'angoisse surviennent par accès ; dans l'intervalle, le malade est immobile, triste, hébété, absorbé dans de sombres préoccupations. Puis le délire des persécutions éclate brusquement, accompagné d'erreurs des sens, tel

que nous l'avons déjà décrit. Parfois les hallucinations n'atteignent qu'un sens (l'ouïe).

Lorsque les épouvantes de la nuit ont disparu, le malade est plus calme; il est affaissé, reste immobile, en proie au souvenir de toutes ces terreurs; il pleure, refuse souvent de boire et de manger; il est toutefois assez lucide. D'autres malades, par contre, montrent pendant le jour une gaieté d'ivrogne, et se plaisent à raconter les tortures qu'ils ont subies pendant la nuit; mais la nuit suivante ramène leurs terreurs; les apparitions reviennent, épouvantent les malades qui souvent demandent qu'on leur lie les membres; ils savent, assurent-ils, que ces apparitions n'ont pas une existence réelle, mais ils subissent l'action d'une force impérieuse qui les pousse à attenter à leur propre vie et à la vie des autres (il existe peu de malades aussi dangereux pour eux-mêmes et pour leur entourage). Cet état dure de quelques jours à une ou deux semaines; puis les nuits deviennent plus calmes, les hallucinations disparaissent, et, en même temps que les symptômes se calment, la lucidité reparaît avec un souvenir sommaire et, du reste, rarement exact : le malade est guéri.

D'autres fois les hallucinations complexes disparaissent, les hallucinations élémentaires persistant encore pendant quelques jours et quelques nuits (le malade entend des gémissements, des pierres qui roulent), pour s'effacer enfin elles-mêmes.

Dans d'autres cas, le premier paroxysme est suivi d'un stade de tranquillité caractérisé par de la dépression et une susceptibilité morale extrême, par une tendance marquée à accepter docilement les idées quelconques qui surviennent par hasard, par une disposition aux caprices les plus variés. La nuit est troublée par des rêves, qui sont pris par le malade pour la réalité; aussi certains malades vont-ils se plaindre à la police des menaces qui leur ont été adressées. Puis un nouvel accès d'angoisse se reproduit, avec les mêmes erreurs des sens; il est suivi d'une période de calme, à laquelle succède un nouveau paroxysme, et ainsi de suite pendant des semaines et des mois entiers. Après s'être répétés longtemps, les paroxysmes disparaissent enfin; l'angoisse fait place à un état de crainte; peu à peu les malades sont plus dociles et plus doux, et la conscience redevient lucide.

Il est remarquable d'entendre les malades, au milieu d'un délire terrifiant, proférer des paroles puériles : « tralalala; pantoufle; les anges ont des bas rouges. » — Les couleurs rouge et verte, le blanc et le noir jouent un grand rôle dans le délire. Parfois les malades parlaient d'une lutte entre les diables et les anges; ceux-ci les réconfortaient pendant leurs épreuves et leur promettaient la délivrance. Dans les cas prolongés, on voit toujours les erreurs des sens reparaître périodiquement et avec une intensité plus grande. — Le délire se *modifie* parfois; par exemple, j'ai observé un délire des persécutions aigu, où le magnétisme était le principal agent employé par les persécuteurs, et où il existait des états d'angoisse et des hallucinations intenses; on constatait alors des anesthésies locales, parfois

des sensations d'aura partant de l'épigastre, et des sensations douloureuses anormales (il semblait au malade qu'un fer rouge lui brûlât les jambes, etc...). La guérison survint au bout de plusieurs mois.

Le poids du corps s'abaisse pendant le paroxysme, et se relève ensuite. Le pouls est ordinairement accéléré. Les congestions céphaliques sont fréquentes, et l'on note parfois une légère élévation de la température. L'embarras gastrique avec constipation est habituel.

DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS OU DES GRANDEURS CHRONIQUE, ALCOOLIQUE.

Les rapports existant entre ce délire et les excès alcooliques sont les mêmes que pour la forme aiguë ; on l'observe dans les premiers et les derniers degrés de l'alcoolisme; mais il semble plus fréquent dans les états avancés d'intoxication. Par suite, on trouve bien plus souvent que dans le délire aigu, les troubles de la motilité et surtout de la sensibilité, si caractéristiques de l'alcoolisme; c'est sur ces derniers troubles que reposent les interprétations délirantes. La croyance délirante, qui est presque typique, à l'infidélité de la femme, peut être souvent rapportée à des troubles manifestes de l'énergie virile (frigidité) et à des illusions du sens génital. Mais c'est surtout la dégénérescence morale (qu'on trouve dans la majorité des cas) et l'affaiblissement intellectuel primitif, dont il faut accuser l'alcoolisme chronique; ces deux caractères, dont on constate l'existence dès le début des formes alcooliques, sont des signes importants et souvent utilisés pour distinguer les formes alcooliques des différentes formes du délire systématisé chronique ordinaire (1). Un autre signe est la présence constante des erreurs des sens, qui sont toujours de nature terrifiante et surviennent surtout pendant la nuit; les illusions et les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes, puis viennent celles de la vue, et en troisième ligne celles du toucher. On trouve presque toujours, dans ce délire, des préoccupations génitales; ainsi les hallucinations de l'ouïe sont fréquemment des reproches adressés au malade à propos d'incestes imaginaires, des menaces de castration ou d'extirpation des ovaires, chez des femmes mariées et même chez des enfants (!); ou bien encore ces malades entendent des cris désespérés poussés par des femmes qu'on viole, etc... Ce genre d'idées délirantes est produit aussi par les troubles fréquents de la sensibilité générale, le malade se croit paralysé par des machines, etc... Outre l'affaiblissement intellectuel, il existe ce fait caractéristique : les idées délirantes sont rarement réunies en un système logique comme dans le délire systématisé chronique ordinaire. La démence terminale est ordinairement plus précoce (les réactions maniaques sont fréquentes), et le malade tombe au dernier degré de la démence (tandis

(1) Par exemple, du persécuté, type de *Lasègue* qui, le premier, en a donné la description clinique (*Arch. gén. de méd.* 1852.) — Voir aussi p. 132 de ce livre; pour le diagnostic différentiel, voir *Pichon*. Des délires multiples, Encéph. 1887, p. 682.

que, dans les formes non alcooliques, la déchéance psychique est plus tardive et d'ailleurs moins complète).

Le début n'a rien de caractéristique, il est progressif et résulte assez logiquement des conditions d'existence et de relations; ou bien il succède à un court accès de délire systématisé aigu; ou, enfin, il suit immédiatement une ivresse profonde, alors qu'il existait déjà une prédisposition constitutionnelle.

Le délire des persécutions alcoolique conserve rarement un caractère dépressif; très souvent, il se transforme par l'apparition d'idées ambitieuses (mission divine, origine royale). L'exaltation religieuse pousse les malades à commettre des sacrilèges ou des actes effrayants de cruauté; les idées religieuses ne sont jamais de nature élevée, comme dans le délire religieux ordinaire. Les états d'excitation, qu'on observe par moments, se traduisent par une manie de discuter et d'ergoter, et plus tard ils présentent les caractères de la manie dégénérative.

Outre ce délire systématisé chronique à forme dépressive, on observe aussi, dans l'alcoolisme, un *délire systématisé primitif* à forme *exaltée;* après des excès alcooliques, on voit s'établir de l'excitation avec idées ambitieuses : le malade croit posséder des millions, rêve à toutes sortes de plans extravagants; ce délire a une marche rémittente (kleptomanie), et il se forme un état chronique d'exaltation avec des idées délirantes fixes; enfin arrive un affaiblissement psychique définitif. Parfois ce délire exalté est précédé d'une phase mélancolique (avec tentatives de suicide) qui succède immédiatement à l'excès de boissons. Plus tard il peut rétrograder, et l'on voit persister un affaiblissement intellectuel durable; le malade peut, pendant un certain temps encore, être capable d'exécuter des travaux faciles ; quelquefois même l'intelligence est relativement bien conservée. Si de nouveaux excès sont commis, les accès maniaques se répètent, et la maladie s'achemine plus rapidement vers la démence apathique. On n'observe pas de guérison, mais seulement des rémissions.

ALCOOLISME CHRONIQUE.

On désigne sous ce nom l'intoxication chronique de tout l'organisme, déterminée par un abus prolongé des spiritueux ; c'est une *imbibition systématisée* de tout le corps, qui se manifeste par une perturbation toujours plus profonde des fonctions somatiques et psychiques, puis par une altération définitive de ces fonctions, par des lésions anatomiques des viscères et du système nerveux, enfin par des modifications du sang et des excrétions; les dommages causés par l'alcool s'aggravent progressivement et sont durables.

Le début est lent ou rapide; il se produit parfois après un nombre incalculable d'excès de boissons, dont les suites auraient dû avertir les malades, qui néanmoins continuent leurs abus d'alcool. D'autres fois le début est tout à fait insidieux; malgré tous ses excès, le malade peut encore vaquer à ses occupations; puis, tout à coup, le sol miné s'effondre.

L'*habitus extérieur* des buveurs invétérés présente (malgré toutes les différences individuelles) certains traits caractéristiques; ils ont un embonpoint exagéré, un aspect mollasse et bouffi; le visage est gonflé et cramoisi, les yeux semblent prêts à sortir des orbites, les conjonctives sont injectées, le regard est hébété, noyé; le pouls est irrégulier, petit, souvent fréquent; les muqueuses irritées sécrètent un mucus visqueux et tenace; la langue est chargée d'un enduit épais; la peau est brillante, sèche, par suite de l'oblitération des canalicules des glandes sébacées; malgré une vigueur apparente, on voit que leur constitution est profondément affaiblie. Plus tard la peau devient flasque, jaunâtre; on constate une sénilité précoce de la physionomie, l'expression du visage a un cachet de grossièreté. La nutrition s'abaisse, et souvent même le malade devient d'une maigreur et d'une débilité extrêmes; la peau se sèche, se ride, se couvre d'écailles épidermiques qui ressemblent à du son; les furoncles sont fréquents; la moindre contusion détermine une ecchymose étendue. On peut, d'après les différentes fonctions qui sont atteintes, énumérer ainsi les accidents provoqués par l'intoxication : (a) *Digestion.* — Catarrhe chronique, pituite, troubles de la digestion. b) *Nutrition.* — Disposition à l'hydrémie et à l'adipose; augmentation de la fibrine du sang; plus tard, dissolution de l'hémoglobine (voy. plus haut). Affaiblissement cardiaque; puis dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins, des muscles intercostaux. c) *Système nerveux :* troubles de la sensibilité, exagération des réflexes, hyperesthésies (sensations douloureuses de brûlure à la peau; douleurs térébrantes dans les muscles et dans les os; chatouillement et picotement, prurit; constriction de la tête; vertiges, douleurs de tête générales ou localisées). En outre, analgésie et anesthésie; ces troubles sont tantôt localisés (aux pieds par exemple : il semble au malade qu'il marche sur du caoutchouc; ou bien, aux mains et aux avant-bras : il ne sent plus, tout à coup, un objet qu'il tient entre les mains); tantôt unilatéraux (hémi-anesthésie accompagnée d'un abaissement de la température); ou bien ce sont des troubles sensoriels : amoindrissement de l'acuité visuelle, lacunes dans le champ visuel, appréciation défectueuse des couleurs; amblyopie et amaurose; diminution de l'acuité auditive, le malade croit entendre des souffles. Dans les cas graves, on observe de l'épilepsie et différentes affections médullaires, ordinairement mixtes (myélite, scléroses diffuses et systématisées, dégénérescence grise de la moelle); quant aux troubles vaso-moteurs, ils se traduisent par des congestions céphaliques, souvent plus intenses quand le malade est à jeun, et par des frissons. — *d*) Les troubles du système *musculaire* sont un affaiblissement plus ou moins considérable de la motilité et principalement un tremblement, qui est localisé (aux muscles de l'accommo-

dation), ou généralisé et accompagné de certaines contractures souvent passagères; la tête est agitée d'un tremblement qui la fait osciller en avant et en arrière; les muscles du thorax et les jambes sont secoués de mouvements convulsifs quand le malade se lève, qu'il y ait eu ou non des excitations légères physiques ou psychiques. La langue est agitée d'un tremblement général ou partiel, elle est souvent déviée; si on la fait tirer hors la bouche, de légers mouvements se produisent dans les muscles voisins, puis la tête est animée de petites oscillations de droite à gauche, d'avant en arrière, ou de mouvements de rotation; si l'on veut abaisser le maxillaire inférieur, les masséters se contractent. Une moitié du visage est contractée tandis que l'autre est lâche; il existe de l'inégalité pupillaire. La parole est ralentie, difficile, souvent tout-à-fait incompréhensible; cependant on ne constate pas la suppression de certaines syllabes comme dans la paralysie générale, mais la voix tremble en prononçant chaque syllabe; il est remarquable de voir la bouche se contracter, et les lèvres s'avancer quand le malade parle, sans qu'il y ait dans les lèvres de mouvements incoordonnés; dans d'autres cas cette incoordination est au contraire, très marquée. — Les appétits vénériens sont assez souvent exagérés au début, plus tard ils sont amoindris (stérilité, impuissance).

Les troubles *psychiques* sont peut-être encore plus profonds. Au point de vue *intellectuel*, on observe un affaiblissement de la mémoire et du jugement, un appauvrissement de l'imagination; de l'apathie; au point de vue moral et affectif, on trouve une diminution des sentiments naturels et moraux, assez souvent de la perversion morale, et enfin une déchéance absolue (c'est l'état moral des criminels). Ces malades ont une tendance pathologique à s'irriter, à entrer dans des accès de colère et même de rage aveugle, provoqués par les causes les plus futiles. Tous ces éléments psycho-pathologiques constituent le *caractère alcoolique,* dont le type est le suivant:

Le buveur invétéré néglige ses affaires et devient un hôte assidu du cabaret; non seulement il boit avec excès, mais c'est un individu insupportable et vantard. Rentré chez lui, il maltraite sa femme. Ses appétits sexuels sont exagérés. Il a pour le travail une répulsion toujours plus grande. Il se montre pour sa famille de plus en plus dur et tracassier; sa tenue est négligée, il ne s'en soucie nullement : une agitation incessante le fait marcher sans but dans sa maison, et le pousse enfin au cabaret; là, comme dans sa maison, ce sont des querelles et des disputes continuelles; son besoin de boire augmente toujours; maintenant il est ivre tous les jours, et boit toutes sortes de spiritueux. L'habitus alcoolique (décrit au début de ce chapitre) commence à s'accentuer, le tremblement de la langue et des doigts est surtout marqué; la tête est le siège d'une foule de sensations anormales; les fonctions des organes des sens sont troublées; frissons; anorexie. Les symptômes d'affaiblissement psychique sont fréquents, mais surtout quand le malade est à jeun; les faits récents sont oubliés; il ne se souvient pas de ce qu'il a affirmé; il se contredit lui-même; il gère son commerce d'une façon absurde; il est devenu incapable de faire les opérations les plus simples, ses livres sont en désordre, etc... Il ne peut suivre la conversation la plus ordinaire, et tombe dans

un bavardage incohérent, ou fait des tirades pour vanter ses mérites. Son humeur varie aussi constamment, sans cause appréciable. Tantôt il est sombre et dégoûté de la vie, tantôt d'une gaieté exubérante, tantôt tranquille et parlant peu, tantôt hautain, emporté à l'excès et d'une loquacité intarissable; puis il est triste, en proie aux remords, et, le moment d'après, il se montre insolent et rempli d'arrogance; tous ces changements si brusques ne sont déterminés par aucune cause apparente. La volonté est surtout atteinte; le malade est incapable d'un effort énergique pour sortir de l'état misérable où il se trouve et dont il comprend toute l'horreur. Il est malléable comme la cire, et se laisse diriger par les impressions qu'il ressent; mais rien n'est durable chez lui que son besoin de boire; depuis longtemps il a perdu toute énergie pour assurer son existence et celle de sa famille. Tout sentiment moral capable de le relever a disparu; aujourd'hui il s'enivre, maltraite brutalement sa femme; demain il la supplie à genoux de lui pardonner. Un jour il boira peu ou point le matin, et se mettra avec ardeur au travail; mais, dès l'après-midi, toutes ses bonnes intentions s'évanouissent, et il recommence à boire. Il fond en larmes en entendant le récit d'une bonne action, et, le moment d'après, il roue de coups sa femme et ses enfants. Il parle avec enthousiasme de sa dignité d'homme et de citoyen, et, aussitôt après, le moindre mot suffit pour le faire changer d'avis et de conduite.

L'alcoolisme chronique, arrivé à ce degré, est déjà une affection psychique grave, il ne s'agit plus d'une simple ivresse, suivie d'un malaise psychique et corporel; cet état se terminera de diverses manières :

a) Chacun des excès alcooliques est suivi d'un accès maniaque (ce résultat est quelquefois aussi régulier que celui d'une expérience physiologique) ou d'une attaque de *fureur;* des impulsions incendiaires se reproduisent surtout d'une façon caractéristique.

b) Il se produit une *excitation périodique*, le plus souvent nocturne, qui s'accompagne d'hallucinations et d'illusions multiples; le malade voit dans sa chambre un bull-dog, un ours blanc. Parfois cependant il a toute sa conscience et n'éprouve pas de terreur. Dans d'autres cas, l'excitation provoque des cauchemars d'une grande intensité (le malade se voit poursuivi par un chien noir) et des actes délirants accomplis au milieu d'une sorte de somnolence (destruction des objets environnants, violences, tentatives de suicide); c'est l'alcoolisme avec agitation.

c) On peut observer, par intervalles, des états *maniaques* dont la marche est aiguë ou prolongée.

d) Ou encore des états *mélancoliques* (voy. plus loin).

e) On voit s'édifier complètement un *délire des persécutions alcoolique* à marche chronique (voy. plus haut).

f) On peut voir s'établir des accès transitoires pendant lesquels la conscience est profondément troublée, et les erreurs des sens sont très nombreuses. — *Delirium tremens.*

Ainsi que je l'ai dit plus haut, le delirium tremens est analogue au délire systématisé aigu, mais il correspond à un affaiblissement cérébral plus marqué et causé par l'alcoolisme chronique.

DELIRIUM TREMENS.

Symptômes. — Le caractère et le développement de ce syndrome sont variables; l'accès est toujours précédé de graves excès d'alcool (eau-de-vie ou absinthe); il est très rare qu'il succède à un excès isolé (le malade est continuellement ivre); il peut être aussi provoqué par la suppression brusque de l'alcool (le malade étant enfermé au poste de police). Ou bien il éclate tout à coup pendant la nuit, après une série ininterrompue d'excès bachiques. Très souvent il succède à des attaques épileptiques, immédiatement ou après une courte période de stupeur; dans ce dernier cas, l'hébétude post-épileptique est remplacée sans transition par le délire. Ou enfin c'est un état d'excitation accompagné d'hallucinations terrifiantes et analogue au délire systématisé aigu alcoolique, qui ouvre la scène, et qui fait place, au bout de quelques jours, au délire caractéristique.

Le malade s'excite, s'agite, cherche à s'enfuir, se précipite sur les différents objets contenus dans sa chambre, crie des mots isolés qui semblent demander grâce ou qui menacent; tous ces actes sont accomplis au milieu d'une obnubitation plus ou moins marquée de la conscience, il est dans une sorte de rêve; on peut à peine obtenir de lui une réponse aux questions les plus simples; il ne sait pas où il se trouve; il tourne un regard hébété vers son interlocuteur. D'autres malades sont d'abord loquaces, s'occupent de tout et avec maladresse, ne savent plus se diriger, ou bien ils oublient ce qu'on vient de leur dire et les résolutions qu'ils ont prises. Le délire éclate ordinairement au milieu de la nuit; le malade est saisi d'une terreur soudaine, court de tous côtés, crie, parle tout seul; souvent il cherche à s'échapper et devient violent s'il rencontre un obstacle. L'angoisse, surtout au début, est beaucoup plus marquée que l'incohérence. Puis les erreurs des sens se multiplient, à la fois très intenses, très changeantes et de durée très courte; elles reposent souvent sur des légendes ou des contes de fées; elles sont incohérentes, combinent le croyable et l'incroyable, la réalité et les rêves, au gré d'une imagination déréglée; ce sont des éclairs qui traversent tout à coup la nuit de la conscience.

Certaines hallucinations persistantes reviennent toujours dans ce délire, auquel elles donnent un caractère spécial, malgré leur confusion et leur incohérence. Les hallucinations de la vue sont les plus fréquentes, puis viennent celles du toucher, et enfin celles des autres sens.

a) Ce sont des visions d'animaux, surtout de *petits* animaux tels que des

rats, des mouches, des scarabées à longues pattes ; les malades voient cependant aussi des animaux de grande taille, des troupeaux de bœufs, des bêtes à long cou ; (*b*) il existe aussi des hallucinations élémentaires, sous la forme d'objets brillants (lueurs, pluie d'étoiles, fontaines jaillissantes, plaques d'or, anneaux d'argent, chaînes étincelantes, fils métalliques incandescents, liens de paille, etc...) ; ils aperçoivent des figures colorées et qui se meuvent. (*c*) On constate aussi des troubles de la sensibilité générale : les malades sentent des cheveux et des mies de pain dans leur lit, des fils dans leur peau ; leurs dents sont cassées ; ils ont du mercure dans le corps, des trous à la tête, et, par suite d'hallucinations réflexes, ils voient aussi des trous sur la tête des autres personnes. — Le goût et l'odorat sont aussi troublés : les malades se plaignent de respirer de mauvaises odeurs (des vapeurs de vitriol sortent des fentes des murs), de trouver à leurs aliments un goût détestable. Les hallucinations de l'ouïe sont constituées par des injures, des propositions obscènes, des accusations (on leur reproche d'avoir commis des attentats à la pudeur ou des crimes de lèse-majesté). Ici, et plus souvent encore que dans le délire systématisé aigu des buveurs, on entend les malades proférer tout à coup, au milieu de leur délire, des cris d'appel ou des mots baroques.

Les *illusions* sont multiples, se modifient et se remplacent sans cesse ; le plus souvent elles se rattachent à des événements qui se sont passés avant l'explosion de la maladie.

Les premières nuits sont troublées par ce chaos de conceptions délirantes, tandis que les journées sont assez tranquilles, au point que les malades peuvent parfois vaquer encore à leurs occupations ; bientôt le délire avec hébétude se produit même pendant le jour : à un moment, le malade est comme somnolent, absorbé par ces sortes de rêves ; le moment d'après, il se débat contre ces apparitions, et une réaction motrice violente et aveugle se produit. Toutefois, c'est toujours pendant les insomnies de la nuit que l'excitation est à son comble. Le matin, on trouve assez souvent des contusions sur tout le corps du malade (ou un hématome qui couvre, comme un casque, le front et le crâne), parce qu'il s'est frappé contre les murs en cherchant à échapper aux chevaux furieux qui lui lançaient des ruades. Par moments il devient plus calme, plus lucide, inoffensif ; on ne se douterait pas qu'il était en proie, tout à l'heure, aux idées les plus fantastiques ; il rit et s'amuse comme un enfant, prend part à certains jeux, se déclare bien portant, bien que son épuisement et son tremblement musculaire lui permettent à peine de se tenir debout. Certains malades endossent tout à coup leurs vêtements de cérémonie, parce « qu'ils attendent la visite d'un prince. » Au milieu de cette lucidité relative, ces alcooliques peuvent tout à coup retomber dans leurs rêves délirants ; leur chambre, leur entourage changent brusquement à leurs yeux, sans qu'ils soupçonnent l'illusion dont ils sont le jouet : ils appellent, donnent des ordres, comme s'ils étaient dans leur mai-

son, ou au cabaret, au milieu de leurs compagnons habituels; ils rient, croyant voir une souris tomber dans leur verre. Cette joie peut être interrompue par une tentative de suicide, ou bien une stupidité complète s'établit rapidement, et ils ne répondent plus à aucune question; ils exécutent certains mouvements monotones et sans but, frottent leurs mains l'une contre l'autre, font le geste de ramasser sur leurs vêtements, des cheveux ou des fils. Ces variations soudaines de la conscience, plus ou moins lucide ou obnubilée, sont caractéristiques du delirium tremens. Même dans les moments les plus lucides, on constate une faiblesse incroyable de jugement, les malades acceptant comme vraies les choses les plus absurdes. D'après la nature de leurs hallucinations, ils sont indifférents, anxieux, souvent étonnés, ou en proie à une surprise profonde; mais on n'observe jamais une émotion intense et surtout durable comme dans le délire systématisé aigu; il reste toujours une certaine apathie, même lorsque les malades sortent passagèrement de leur délire, et racontent qu'ils étaient sur le bord d'un précipice, qu'ils étaient blessés à la tête par des coups de feu (ou posent des questions telles que celle-ci : « est-ce hier ou avant-hier que vous m'avez enlevé la tête? »). Les réactions motrices sont constituées par des raptus violents, non mesurés, qui sont oubliés souvent au bout d'une heure.

Les phénomènes somatiques sont les suivants : le pouls est accéléré, monte quelquefois jusqu'à 148 et même 160 pulsations; l'élévation de la température est modérée, et, du reste, passagère (38 à 39°). La peau se couvre d'une sueur abondante et visqueuse; le tremblement s'exagère (aussi le malade serre-t-il avec force les objets un crayon par exemple, qu'il tient à la main); il existe un embarras gastrique très marqué, la langue est chargée d'un enduit épais ; l'albuminurie est rare dans le delirium tremens simple; elle s'observe plutôt après des attaques épileptiformes. Il existe souvent du catarrhe bronchique, parfois une éruption de furoncles. Les pupilles sont dilatés et immobiles; on observe quelquefois une contracture portant sur une moitié des muscles de la face, et aussi du ptosis. Dans les moments de lucidité relative, les malades se plaignent très souvent de vertiges. Beaucoup de ces individus chancellent et tombent si on ne les soutient. L'analgésie est complète ; les contusions les plus graves ne déterminent pas une plainte (voy. plus haut).

La durée de ce délire est variable. (*a*) Elle comprend un ou plusieurs jours (parfois on observe le type alternant), puis la guérison survient brusquement. La crise est constituée par un sommeil profond, dont le malade sort un peu hébété, mais il recouvre toute sa lucidité d'esprit, au bout de quelques heures; alors il se plaint de ressentir de la fatigue, une forte courbature ; sa tête lui semble vide. Le pouls tombe souvent au-dessous de la normale; le tremblement

s'amoindrit beaucoup. D'ordinaire, le malade se rétablit avec rapidité ; le catarrhe stomacal s'atténue, le poids du corps augmente; l'état primitif reparaît, avec l'affaiblissement produit par l'alcoolisme. La mémoire est profondément troublée, tout à fait défectueuse, surtout pour ce qui concerne l'accès; elle se rétablit ensuite d'une manière progressive, mais non dans tous les cas. Très rarement, et seulement dans les formes les plus légères, le malade se souvient de son accès, même dans les plus petits détails. (*b*) La convalescence peut être lentement progressive, au lieu d'être représentée par une crise; les hallucinations persistent souvent durant un certain temps (pendant plusieurs nuits), puis la lucidité, pendant le jour, devient de plus en plus grande. (*c*) Les malades conservent pendant quelques jours un état de demi-hébétude, manifestent des désirs puérils et des idées niaisement ambitieuses. (*d*) Plusieurs accès de délire se succèdent, accompagnés ou non d'attaques épileptiformes; dans l'intervalle, on observe de la somnolence, de la stupidité, surtout de l'anxiété (et des tentatives de fuite pendant la nuit).

Toutes ces variétés comportent un pronostic favorable; il faut pourtant songer que les récidives aggravent l'alcoolisme chronique, qui persiste.

Il faut craindre de voir le delirium simple se terminer par un delirium tremens *fébrile;* cette forme est la plus grave, et menace l'existence du malade. Les caractères principaux sont les mêmes que dans la variété non fébrile; on constate, en plus, une fièvre intense qui peut aller jusqu'à 42° (rémissions brusques jusqu'à 38°), et un trouble plus profond de la conscience ; au lieu d'un simple tremblement, on observe des secousses et des mouvements convulsifs, des contractions brusques de la face, une déviation de la tête, du nystagmus; des états épileptiques se présentent souvent d'une façon intercurrente. L'albuminurie paraît être constante. La marche est suraiguë; la mort est très souvent déterminée par l'épuisement; elle est précédée d'une chute de la température ou de convulsions (la pneumonie est fréquente aussi). Dans les cas favorables, rétablissement progressif au bout de 8 ou 14 jours. — Le delirium tremens fébrile peut être aussi primitif. A l'autopsie on trouve une hyperhémie cérébrale intense, une infiltration œdémateuse, et parfois des apoplexies capillaires.

e) L'alcoolisme chronique peut prendre un aspect paralytique ou se transformer en une forme spéciale de paralysie progressive (paralysie alcoolique). Dans le premier cas, la paralysie est seulement un symptôme de l'alcoolisme chronique, elle n'est pas progressive, elle peut s'améliorer et même guérir; dans le second, c'est une véritable paralysie (malgré certaines modifications), et elle se termine comme la paralysie ordinaire.

L'*alcoolisme à forme paralytique* présente une allure subaiguë ou

chronique. L'affaiblissement psychique et les troubles de la motilité (marche et parole) de l'alcoolisme ordinaire constituent les premiers symptômes de cette forme clinique. La variété chronique se développe en plusieurs années, la variété subaiguë en quelques mois. Ici, les excès alcooliques sont régulièrement suivis d'accès maniaques, avec incohérence du langage, puis excitation générale, idées ambitieuses, gloutonnerie vorace, démarche et parole également incertaines, ainsi que les autres troubles dus à l'alcoolisme. Dans la variété chronique, c'est un délire des persécutions des buveurs, accompagné d'hallucinations qui marque le début et constitue les symptômes psychiques durables; à ce délire s'ajoute un affaiblissement musculaire, outre les troubles alcooliques de la motilité qui persistent encore en partie.

Les symptômes cliniques montrent des différences considérables entre la forme paralytique de l'alcoolisme et la paralysie classique. Le trait le plus important (qu'on retrouvera dans la paralysie alcoolique) est la combinaison des symptômes de paralysie et des symptômes d'alcoolisme; ainsi, l'on voit coexister le tremblement musculaire (même s'il est amoindri) et des paralysies motrices; on constate toujours un affaiblissement musculaire idiopathique, ainsi que les troubles des sens, de la sensibilité générale et de la nutrition (habitus alooolique) qui sont produits par l'alcoolisme. Les hallucinations sont beaucoup plus fréquentes que dans la paralysie ordinaire: elles sont surtout intenses pendant la nuit (ce qui dénonce encore l'alcoolisme); assez souvent, elles sont constamment du même ordre (les malades croient être trompés par leurs femmes). Dans leur ensemble, la forme paralytique de l'alcoolisme et la paralysie alcoolique n'ont pas la même symptomatologie que la paralysie typique des aliénés; c'est la symptomatologie modifiée de la démence primitive avec paralysie ou ataxie paralytique. Un trait distinctif des paralysies alcooliques est une *dégénérescence morale*, symptôme *essentiel* et qu'on observe dès le début; dans la paralysie typique, on peut voir, au milieu de la déchéance intellectuelle, des sentiments élevés et nobles apparaître encore d'une façon passagère; ici, au contraire, les sentiments moraux s'émoussent dès l'abord, et les besoins des sens prennent une importance exagérée. La mémoire est parfois passablement conservée; dans d'autres cas, au contraire, elle est affaiblie au point que le malade ne se souvient de rien au bout d'une heure; les lacunes de la mémoire sont quelquefois partielles. L'intelligence a subi un amoindrissement général, les malades sont surtout incapables de comprendre leur situation, ils jettent des lettres à la poste sans avoir écrit l'adresse; et, si on leur fait observer cet oubli, ils répondent sans s'émouvoir qu'on aurait bien trouvé la personne à qui ils écrivaient. Après un séjour de plusieurs mois dans l'Asile, ils ne connaissent pas encore ceux qui les entourent. Ils ont des idées délirantes vagues, les abandonnent si on leur fait des objections; mais les mêmes idées sont de nouveau acceptées par eux quelque temps après. Ils sont toujours satisfaits, apathiques, leur

humeur varie facilement, et on les fait passer sans peine des larmes au rire, comme les ivrognes invétérés. Ils sont nonchalants, indifférents à tout, n'ont plus aucun souci des convenances, satisfont leurs besoins devant tout le monde, ne tiennent compte de rien. Le délire ambitieux est modéré, représenté seulement, en général, par une euphorie démente; il ne dirige pas les actes des malades, et n'est pas nettement constitué comme dans la paralysie classique.

Chez un buveur de profession, qui présentait un tremblement modéré, j'ai observé *une fois,* après une émotion violente, un état aigu d'exaltation avec *tous* les caractères de la paralysie classique, et, en particulier, avec le délire ambitieux spécifique; la guérison se produisit au bout de très peu de temps. Un léger tremblement alcoolique persista; le malade se montrait, d'ailleurs, reconnaissant, et comprenait qu'il avait été malade, mais sans vouloir avouer que l'alcoolisme avait déterminé cette affection. Des cas de ce genre forment la transition vers les états paralytiques consécutifs aux maladies fébriles de nature infectieuse (variole). — Dans un *second* cas, les caractères psychiques les plus importants de la paralysie générale se retrouvaient dans les symptômes de l'affection alcoolique (délire ambitieux très net, lacunes morales, affaiblissement du jugement), mais les symptômes moteurs faisaient défaut, et l'activité psychique resta moins amoindrie qu'elle ne l'est dans la paralysie générale; puis survint une amélioration très marquée et durable.

La forme paralytique de l'alcoolisme présente d'ordinaire une marche subaiguë, et le pronostic est relativement *favorable*, si on la compare aux paralysies qui ne sont pas d'origine toxique. Lorsque l'affection a atteint son entier développement, elle cesse de progresser si le malade est placé dans un milieu favorable, dans un asile; l'état primitif reparaît au bout de quelques mois ou d'une année, et le malade a plus ou moins conscience de son affection ; parfois, les facultés psychiques ne retrouvent pas toutes leur libre exercice. Après un certain temps, on peut voir, au milieu d'un état satisfaisant, se produire tout à coup des « absences », le malade commet toutes sortes d'inconvenances grossières, etc. ; mais ces absences ne persistent pas indéfiniment ; de même, les troubles de la motilité peuvent s'atténuer jusqu'à disparaître presque complètement. Lorsque le malade est atteint de tuberculose pulmonaire, cette affection semble avoir une action dérivative dont le cerveau bénéficie, et la convalescence de la maladie mentale prend une marche plus rapide. Dans d'autres cas, au contraire, on voit se produire de soudaines complications cérébrales, qui déterminent une rapide aggravation dans l'état du malade. — Les récidives (sous forme de manie grave, parfois même mortelle) sont produites par de nouveaux excès alcooliques.

La *paralysie alcoolique* représente une terminaison définitive de l'alcoolisme chronique, et elle est nettement *progressive*. Les diverses

variétés cliniques de cette paralysie rentrent toutes dans le cadre des cérébropathies psychiques (démence avec paralysie) ; anatomiquement, ce sont des méningites, des pachyméningites, des encéphalites, avec ou sans tabes dorsalis.

Le développement et la marche de ces formes sont très variables, et il est difficile de trouver deux cas qui se ressemblent. La combinaison, déjà signalée, des symptômes alcooliques et cérébropathiques chez un même individu, symptômes qui se présentent simultanément ou se succèdent, est un élément très important de diagnostic, et permet de distinguer ces formes des paralysies non toxiques. Un autre caractère distinctif de la paralysie alcoolique, mais qui ne se rencontre pas dans tous les cas, est la fréquence de symptômes semblant révéler des lésions en foyer (atrophie du nerf optique; hémiplégie et monoplégie; attaques apoplectiques) ; souvent, et cela est remarquable, l'autopsie ne fait pas découvrir de lésion qui puisse expliquer ces troubles. Le développement de la maladie, dont l'allure est toujours chronique, est précédé par des manies intercurrentes, avec délire ambitieux de nuance religieuse et idées de culpabilité, et par des accès de delirium tremens. Dans la moitié des cas, il existe une tendance aux attaques convulsives; parfois la conscience reste normale. Les troubles moteurs sont très complexes : ils sont produits par l'affection cérébrale, par les lésions spinales, par l'alcoolisme chronique, et fréquemment aussi comme troubles collatéraux provoqués par l'exagération des fonctions de suppléance. Les symptômes psychiques, et surtout la démence, précèdent, plus souvent que dans la paralysie ordinaire, les troubles de la motilité. Le délire ambitieux est d'abord très modeste ; il augmente plus tard, en même temps que les troubles moteurs font leur apparition, et arrive enfin à son développement complet lorsque l'affaiblissement psychique annule toute espèce de jugement. Au point de vue de l'intelligence, on est surpris de voir coexister un délire ambitieux puéril et des appréciations exactes. Dans un cas, j'ai vu se produire, dans les membres, pendant un certain temps, des secousses convulsives analogues à des secousses électriques ; et le malade, dont la démence était pourtant très avancée, se plaignait de ces phénomènes pathologiques. Un trait caractéristique est une agitation choréiforme qui se produit parfois chez les paralytiques alcooliques ; ils n'ont *pas un moment de repos;* ils s'asseoient, se lèvent, ôtent leur chapeau, le remettent, tournent la tête à gauche, puis à droite, prennent dans la main tout ce qu'ils peuvent saisir, puis laissent tomber ces objets ; ils toussent, boivent, font le mouvement de s'essuyer les mains, frottent leurs vêtements, soufflent comme pour éteindre une lumière, etc... — La marche présente, plus souvent que dans les autres formes non toxiques, des rémissions bien caractérisées. Les troubles moteurs sont assez souvent plus tenaces que les troubles psychiques. Du reste, le pronostic est également sombre dans les deux cas.

f) La *marche* ultérieure de l'alcoolisme chronique est ordinairement très lente, si elle n'est pas modifiée par les complications dont nous

venons de parler, ou par des conditions spéciales. L'affection peut rétrograder, même lorsqu'elle était très intense (il est absolument nécessaire que l'usage de l'alcool ait été abandonné), et l'existence du malade redevient à peu près normale; mais le plus souvent les alcooliques, esclaves de leur funeste passion, tombent fatalement dans une déchéance corporelle et psychique absolue; ils passent par une série de psychoses aiguës (accès de delirium tremens et de manie) qui reviennent périodiquement et déterminent un affaiblissement progressif de l'intelligence; ou bien ils présentent toutes les formes de la dégénérescence psychique. Les uns deviennent des dipsomanes, les autres restent en proie à un délire des persécutions chronique, et (après des rémissions répétées, qui peuvent survenir après plusieurs années, ce qui est particulier à cette forme alcoolique) ils présentent un délire systématisé ordinaire, avec hallucinations. D'autres deviennent des vagabonds et des processifs, sont frappés à chaque instant de nouvelles condamnations judiciaires, et terminent leur existence par le suicide ou deviennent des criminels (démence morale). Dans tous ces états secondaires, l'observateur attentif reconnaîtra l'effet de l'agent toxique. Sans parler de l'influence générale de l'alcool sur l'organisme, ni des lésions telles que la dégénérescence graisseuse des tissus et l'athérome, on peut toujours retrouver certains traits caractéristiques, qui dénoncent l'origine de l'affection. Dans les hallucinations variées de l'alcoolique chronique délirant, le « rouge » et le « bleu » restent souvent les couleurs prédominantes. On retrouve aussi, chez l'alcoolique arrivé à ces stades secondaires, la production extraordinairement facile des hallucinations, le polymorphisme et la nature fantastique des erreurs des sens (comme dans le delirium tremens); ces alcooliques provoquent à leur gré des hallucinations, mais sans pouvoir en déterminer la nature; par exemple, en fermant les paupières, ils voient successivement un visage humain, un lièvre, un rosier. Toutes ces variétés de symptômes psycho-pathologiques présentent ainsi un caractère spécial dans la marche de l'alcoolisme chronique; mais les états de démence profonde semblent être la conséquence directe d'affections cérébrales aiguës intercurrentes et particulièrement de manies graves. D'autres modifications, non moins nombreuses, sont produites par des ictus cérébraux (attaques apoplectiques et leurs conséquences) ou par des affections constitutionnelles et chroniques, déterminées par l'alcoolisme (lésions rénales, diabète). Heureusement la vie de ces malheureux qui, par leur faute, ou par la fatalité (et parfois sous l'influence de ces deux causes) sont arrivés à cette situation désespérée, est d'une durée relativement courte; cette brièveté de leur existence et aussi la stérilité qui survient souvent chez eux de bonne heure, viennent limiter l'action néfaste de l'hérédité.

Les *manies* et les *mélancolies* qui surviennent après des excès alcooliques (voy. plus haut, *c* et *d*) n'ont pas l'aspect plus ou moins spécifique qu'on trouve dans les autres formes étudiées jusqu'à présent; mais on y découvre certaines nuances qui indiquent leur origine toxique.

Les *manies alcooliques* sont caractérisées par : *a*) un début rapide et une marche aiguë, avec un trouble profond de la conscience (hébétude), des hallucinations et des illusions nombreuses, des actes anormaux et impulsifs, une apathie alternant avec une irritabilité qui détermine par moments d'aveugles violences. Les types les plus ordinaires de ce groupe, qui est peut-être le plus fréquent, sont la fureur et la manie grave.

Symptômes. — L'aspect général est celui d'un homme à peu près ivre ; on observe de la paresse psychique et corporelle, une tendance marquée à la somnolence; le malade est comme absorbé, étonné, n'a pas l'esprit présent; par moments se présentent des états d'excitation de nature et de degrés différents, mais qui ont tous pour caractère commun un affaiblissement psychique considérable; les malades s'occupent de niaiseries, de leurs vêtements, s'accoutrent d'une façon bizarre; par exemple, ils enroulent des linges autour de leur pénis, serrent à l'excès leurs jarretières, leur cravate; c'est pour eux un besoin que de tout déplacer, de fouiller dans les amas d'ordures, de détruire; ils font au médecin des compliments ridicules, et se montrent brutaux envers les autres malades; souvent ils poussent des cris pendant toute la journée; leurs actes sont dénués de sens; ils obsèdent parfois ceux qui les approchent, en leur faisant des questions et des remarques absurdes. Ils n'ont aucune idée de leur situation; ils imitent ce qu'ils voient faire aux autres aliénés. A certains moments, ils sont plus lucides, mais sans être pourtant capables de parler raisonnablement; on observe parfois quelques idées vagues et passagères de persécution. Hallucinations de la vue. Embarras gastrique; tremblement. L'excitation diminue au bout de quelques semaines, et fait place à un stade mélancolique, avec affaiblissement psychique considérable, frayeur continuelle, sensiblerie et larmes faciles. Le tremblement et l'embarras gastrique persistent; la nutrition se relève peu à peu; les fonctions intellectuelles reprennent leur activité; l'humeur devient plus expansive et plus naturelle. Convalescence. — Les manies suraiguës succèdent parfois immédiatement à une ivresse profonde, et déterminent alors des raptus très dangereux (les malades cherchent à tuer ceux qui les entourent), des crises de rage aveugle. L'accès ressemble complètement à un accès de manie épileptique. On peut voir se succéder plusieurs raptus après des intervalles de un ou plusieurs jours (pendant ces intervalles, les malades sont maussades, sombres, dorment mal, sont très irritables; mais ils sont d'ailleurs dans un état de lucidité relative); puis la conscience reprend son état normal d'une façon définitive. Ils ont de leur accès un souvenir tantôt sommaire, tantôt précis; parfois ils arrivent peu à peu à se rappeler exactement les faits; d'autres fois

le souvenir existe aussitôt après le raptus, pour devenir plus tard incomplet et vague; ce point est important au point de vue médico-légal.

Un autre groupe (*b*) de manies alcooliques présente des allures moins bruyantes, et le trouble des fonctions psychiques est moins accentué; la conscience et la réflexion sont momentanément conservées; le malade agit, il est vrai, avec une précipitation pathologique, mais avec une correction apparente; sa conduite est caractérisée par un affaiblissement primitif de l'intelligence (mascarades et plaisanteries de toutes sortes troublant l'ordre public); il présente un délire ambitieux modéré.

Symptômes. — Ces individus ont la manie de discuter sur tout, n'ont absolument pas conscience de leur propre état, et présentent des tendances ambitieuses, une satisfaction exagérée d'eux-mêmes (les autres hommes sont des fous, eux sont des sages); ils bavardent comme des femmes, répètent continuellement des histoires de cabaret. Tels sont les traits particuliers qu'on observe dans leur caractère. L'humeur est indolente et mobile, comme chez les ivrognes; parfois, ils sont irritables et même brutaux; ils passent tout à coup des larmes au rire; dans toutes ces variations d'humeur, on constate toujours la même indifférence et la même faiblesse intellectuelle, qui sont caractéristiques. Maintenant loquace et bavard, le malade sera tout à l'heure calme et silencieux; il était bruyant et hardi, le voilà craintif et timide; il formule des plaintes puériles, se met à pleurer « parce qu'il n'a plus ni père ni mère ». Quand il n'est plus sous l'influence excitante de l'alcool, il se conduit raisonnablement, tout en restant incapable de raisonner. D'ordinaire, la raison reparaît au bout d'un certain temps, mais le malade est déprimé comme un pécheur repentant et s'abandonne plus qu'il n'est nécessaire. Il confesse publiquement ses torts, devient silencieux et craintif, de sorte qu'on a souvent beaucoup de peine à lui rendre du courage.

On constate très souvent, outre ces symptômes qui présentent le type de la moria, l'aspect spécial de l'alcoolisme : le corps est bouffi, le visage rouge; les conjonctives sont congestionnées; il existe des troubles de l'innervation de la face; un tremblement agite la langue et les mains; la démarche est caractéristique, saccadée et incertaine.

Un troisième groupe (*c*) offre les caractères de la manie dégénérative; c'est, au fond, une démence morale et intellectuelle (l'affaiblissement de l'intelligence étant le moins marqué), avec excitation périodique ou chronique, impulsions et actes dangereux (très souvent attaques lubriques contre l'entourage; les malades cherchent à souiller les enfants, volent, cherchent à allumer des incendies, maltraitent leur famille).

Dans les limites de ce cadre rentrent un nombre infini de détails, des types différents, et des combinaisons des diverses formes. Ainsi, la fureur avec hallucinations peut constituer simplement un accès qui accompagne l'excès

de boissons et qui se termine en même temps; mais on peut observer aussi un paroxysme constitué par une série de crises maniaques qui durent peu, qui sont toutes analogues entre elles, et qui sont séparées par des rémissions; de même, la manie grave peut être durable, ou bien être interrompue par des états d'angoisse et de dépression si fréquents et si prolongés, que le maniaque semble périodiquement être un mélancolique. Le délire maniaque peut être suivi d'un état de stupeur avec parésie vaso-motrice, puis le malade arrive à la convalescence, après une période de démence transitoire; ou bien l'innervation vaso-motrice présente un trouble contraire, et l'on constate, pendant plusieurs jours, de la congestion céphalique et de l'agitation musculaire, la stupeur diminuant peu à peu; la guérison survient après cette réaction physiologique. L'observation ophthalmoscopique m'a fait connaître un détail intéressant : dans la phase de stupeur, les veines des papilles étaient très larges, tandis que les artères étaient contractées; les dimensions des unes et des autres redevenaient normales au moment de la convalescence. — La manie grave peut présenter la marche suraiguë et pernicieuse du délire aigu. Toutes les manies alcooliques présentent un caractère commun, la tendance aux récidives, que le plus léger excès suffit parfois à déterminer; cependant, il existe aussi des guérisons durables. Outre ces formes cliniques bien caractérisées, on observe encore des formes atténuées et vagues, des phénomènes maniaques isolés et passagers, et non plus un ensemble complet; il faut considérer ces états comme l'exagération du caractère psychopathique des alcooliques. Le malade passe souvent par une période pendant laquelle il n'a plus aucune énergie, il est démoralisé; puis il est léger et expansif, comme au début de l'ivresse, et commet volontiers des plaisanteries et des actes cyniques, sa conscience restant d'ailleurs parfaitement lucide. Puis il redevient, peu à peu, mesuré et réfléchi.

Les *mélancolies* des alcooliques trahissent leur origine par un affaiblissement moral extrême et une panophobie qui alterne avec des moments de désespoir et de larmes; ces terreurs ne sont motivées par rien; ce désespoir disparaît sans laisser une impression durable. Ou bien l'origine toxique se révèle par une torpidité particulière, l'émoussement des sentiments moraux, la sensiblerie, l'absence de volonté, l'affaiblissement de la mémoire et la difficulté de la réflexion. Ces deux variétés, la première aiguë, la seconde torpide et chronique, peuvent s'accompagner de raptus et de violences dirigées contre le malade lui-même ou contre les autres. Il existe de l'hyperesthésie sensorielle; les hallucinations sont fréquentes (fantômes noirs; visions de feu, d'incendies, pendant la nuit). Des phases d'excitation apparaissent d'une façon transitoire; vertiges; affaiblissement musculaire; frissons; tremblement (certains malades, en proie aux angoisses et à la terreur de l'enfer, se mettent à genoux et demandent un peu d'eau-de-vie pour leur rendre courage). Dans la seconde forme, la marche a une tendance à se prolonger, ainsi que l'affaiblissement psychique;

cependant on peut voir survenir la guérison après un temps fort long. Les récidives sont fréquentes.

L'*épilepsie alcoolique* s'observe presque toujours après une longue période d'alcoolisme chronique; cependant elle peut aussi succéder aux premiers excès de boissons spiritueuses. L'hérédité joue un certain rôle dans sa production, et l'alcoolique chargé d'une tare héréditaire est plus menacé d'épilepsie alcoolique qu'un individu non taré. On n'a pas encore déterminé nettement quelle était la sorte d'hérédité pathologique qui pouvait favoriser l'apparition de cette épilepsie. Cette épilepsie toxique se distingue de la névrose idiopathique en ce qu'elle débute à l'âge adulte, qu'elle n'a pas la marche typique de l'autre forme, qu'elle coexiste toujours avec des excès alcooliques et qu'elle disparaît en même temps qu'eux ; elle ne produit pas, d'ordinaire, les états profonds de dégénérescence psychique qui sont la suite habituelle de l'épilepsie idiopathique. Elle est presque toujours causée par l'eau-de-vie, mais quelquefois aussi par le vin et la bière, parfois sans qu'il y ait eu des excès immodérés. L'accès de *folie épileptique* succède immédiatement à l'abus d'alcool; ou bien lorsque la maladie existait depuis longtemps, il peut éclater spontanément, sans qu'il y ait eu d'excès alcooliques récents ; dans les deux cas, les convulsions terminent l'accès de folie. Souvent l'attaque convulsive est *unique;* plus rarement, plusieurs états convulsifs éclatent et se succèdent rapidement; la terminaison est quelquefois fatale. La folie débute aussi soudainement que les attaques; elle est habituellement de très courte durée, et ne laisse aucune trace dans la mémoire.

Signalons particulièrement les actes de violence inouïe, dirigés contre le malade lui-même, contre les personnes ou même les objets inanimés qui l'entourent (il se précipite, mord, lance des coups de pieds, détruit et pulvérise ce qu'il peut atteindre); dans ces violences, il déploie une force incroyable, pousse des cris de bête fauve, profère des injures grossières et des menaces, puis se calme tout à coup, pour tomber de nouveau dans les mêmes violences quelques minutes plus tard; jurons; fureur; demi-lucidité ou inconscience complète. Symptômes somatiques : congestion céphalique intense, le pouls restant petit; sueurs profuses de tout le corps; tremblement des mains et des muscles du visage.

On observe souvent aussi des états d'obnubilation avec impulsions (le malade vague sans but). — Chez les alcooliques chroniques, on trouve fréquemment, comme équivalents de l'épilepsie : le délire hallucinatoire aigu, des états prolongés d'obnubilation, de l'excitation maniaque et des accès d'angoisse. L'irascibilité de l'alcoolique précède parfois immédiatement l'explosion des attaques épileptiques.

Ces attaques ont des relations intéressantes avec le delirium tremens, dont les accès viennent souvent s'ajouter aux attaques épileptiques. Inversement, le delirium tremens peut précéder l'accès de folie épileptique; parfois aussi, de simples malaises, une indisposition quelconque le précèdent. — On voit quelquefois, sans qu'il existe d'attaques convulsives, des états d'obnubilation épileptoïde suivre une ivresse assez profonde; ce fait est important pour la médecine légale, car ces états coïncident souvent avec des actes en apparence volontaires (voy. *Ivresses pathologiques*). Dans certains cas, enfin, le delirium tremens suit un stade épileptoïde de ce genre.

TRAITEMENT.

Les ivresses pathologiques, étant passagères, nécessitent rarement l'intervention du médecin aliéniste. Les formes aiguës et chroniques de délire systématisé doivent être traitées dans les hôpitaux ou les asiles, d'après les indications particulières à chacune d'elles. L'alcoolisme chronique doit être soigné dans les asiles réservés aux alcooliques, établissements dont il serait, de nos jours, nécessaire d'augmenter le nombre; pour les cas légers, qui peuvent être améliorés et même guérir, il suffirait de certaines réformes sociales, appliquées déjà dans différents pays où elles ont donné de bons résultats. Le traitement de telles affections se confond avec cette tâche sociale. — Le delirium tremens doit être traité à l'hôpital ou à l'asile. Les indications principales sont les suivantes : soutenir les forces du malade, apaiser l'excitation cérébrale; elles sont remplies si le médecin maintient le malade au lit, en le surveillant avec un soin extrême; les malades furieux doivent être placés dans une cellule capitonnée, plus ou moins obscure, c'est là une indication urgente. De plus, régime fortifiant mais non excitant; vin; laxatifs; les bains (avec compresses d'eau froide) donnent d'excellents résultats; pour amener le sommeil et calmer l'excitation, le chloral est le moyen le plus sûr (2, 3, 4 grammes); mais on ne le donnera que s'il n'existe pas de complications cardiaques. Dans les cas désespérés, on peut recourir à la paraldéhyde (de 4 à 6 grammes). L'opium mérite aussi d'être employé, surtout pour amener le calme pendant la nuit. Krafft-Ebing vante, dans un travail récent, les injections de méthylal ($0^{gr},1$) répétées toutes les deux ou trois heures, jusqu'à production du sommeil. Il leur attribue une action très sûre et très prompte, mais seulement dans les états d'asthénie cérébrale et non dans les états congestifs du cerveau. L'affaiblissement des contractions cardiaques n'est pas une contre-indication; loin de là, l'énergie du cœur serait accrue.

FOLIES HÉRÉDITAIRES

Bibliographie. — **Hérédité en général** : Morel, *Traité des dégénérescences et de l'hérédité*, Arch. gén. 1867. — P. Lucas, *Traité philos. et psych. de l'hérédité*, 1847. — Moreau, *De la prédisp. héréd.* — Ribot, *De l'hérédité*, 1846. — Prichard, *Treatise.* — Hohenbaum, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 5. — Jung, *Ibid.*, 21. — Richarz, *Id.*, 30; et *Monogr.*, Bonn, 1880. — Hagen, *Stat. Untersuch.*, 1876. — Roth, *Hist. krit. Unters.*, 1877. — Féré, *Arch. de neurol.*, 7 (familles névropathiques). — Ball et Réois, *l'Encéph.*, 1883 (psychoses héréditaires). — Deecke, *Am. Journ. of Ins.*, 1881 (anatomie). — Benedict (cerveaux des criminels, *Monogr.*). — Id., *Wiener med. Pr.*, 1880. — Flesch, *Würzb. Sitzgsber.*, 1880, 1881 (cerveaux des criminels), et *Monogr.*, 1883. — Ferrier, *Brain*, 1882. — Gray, *Am. Journ. of Ins.*, 1884. — Sioli, *Arch. f. Psych.*, 16 (fam. névropath.). — **Folies héréditaires** : Morel, *Loc. cit.* — Krafft-Ebing, *in Friedreich's Blœtlern*, 1868. — Legrand du Saulle, *Monogr.*, 1874. — Todi, *Arch. Ital.*, 1881 (constit. névropat.). — Andriani, *La psychiatria*, 1885 (psychoses dégénératives). — Marandon de Montyel, *Folie avec conscience*, Arch. de neurol., 1882, et *Encéph.*, 1883. — *Folie impulsive* (Pohl, Jahrb. f. Psych., IV). — Gauster, *Maschka's Handbuch* (bibliogr.). — Magnan, *Des signes physiques de la folie héréditaire*, Ann. méd. psych., 1885 et 1886. — **Obsessions** : Krafft-Ebing, *Beiträge zur Erkennt. krank. Gemüths-Zustände*, 1867. — Id., *Formale störungen d. Vorstellens. Vierteljahr. f. gerichtl. Med.*, 1870 (bibliogr.). — Morel, *Délire émotif*, 1866. — Falret, *Ann. méd. psych.*, 1866 (folie raisonnante). — Buccola, *Riv. sperim.*, 1880. — Ball, *Encéphale*, 1881. — Griesinger, *Arch. f. Psych.*, 1. — Berger, *Id.*, 6 et 8. — Salomon, *Id.*, 8. — Eyselein, *Id.* — Wille, *Id.*, 12. — Westphal, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1877. — Meschede, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 28. — Krafft-Ebing, *Ibid.*, 35. — Schæfer, *Ibid.*, 36. — Claus, *Irrenfreund*, 1880. — Brosius, *Id.*, 1881. — Sioli, *Char. Ann.*, 5e année. — Juranville (dédoublement de la personnalité), *Encéphale*, 1882. — Jastrowitz, *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1884. — **Maladie du doute et du toucher** : Legrand du Saulle, *La folie du doute*, 1875. — Verga, *Arch. Ital.*, 1881. — Tamburini, *Rivist. sper.*, IX. — Lasègue, *Mélancolie perplexe*, Arch. gén. de méd., 1880. — Russel (obs. avec guérison), *Alien. and Neurol.*, 1880. — Kelp, *Irrenfreund*, 1882. — Cabardé, *Encéph.*, 3. — **Moral insanity** : Pinel, *Traité philosoph.* — Prichard, *Treatise.* — Esquirol, *Monomanie.* — Jessen, *Manie sans délire*, Berl. Encycl. — Nasse, *Gesellsch. der Bonner Ærzte*, 1847. — Griesinger, *Traité.* — *Discussion à la Soc. méd. psych.* (folie raisonnante), *Ann. méd. psych.*, 1866 et 1867. — Solbrig, *Crime et folie*, 1867. — Krafft-Ebing, *Lehre v. moral. Wahnsinn* (monogr.). — Id., *Friedreich's Bl.*, 1871 (bibliogr.), et *Allg. Deutsche Strafr. Zeitg.*, 1872. — Stolz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33. — Livi, *Rivist. sper.*, 1876 et 1877. — Tamassia, *Ibid.*, 1877. — Blandford, *Troubles psychiques.* — Gauster, *Maschka, loc. cit.* (bibliogr.), et *Wiener klinik*, 1877. — Maudsley, *Responsabilité des aliénés*, 1874. — Verga, *Arch. Ital.*, 1880. — Todi, *Ibid.* — Grilli, *Ibid.* — Bini, *Ibid.* 1881. — Tryde, *Schm. Jahrb. Vol.*, 189. — Lykke, *Bidrag.*, etc., *Thèse*, 1879. — Holländer, *Jahrb. f. Psych.*, VI. — Hughes, *Alien. and Neur.*, 1882. — Savage, *Journ. of ment. sc.*, 1881. — Gasquet, *Ibid.*, 1882. — Manning, *Ibid.*, 1882. — Weiss, *Wiener Med. Wochenschr.*, 1883. — Funaioli, *Arch. Ital.*, 1884. — Goldsmith, *Am. Journ. of Ins.*, 1883. — Workman, *Ibid.* — **Folie processive** : Krafft-Ebing, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 35 (avec bibl. complète); *Jahrb. f. Psych.*, 1884. — Sponholz, *Erlenmeyer's Centralbl.*, 1880. — **Délire systématisé originel** : Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 22. — Sander, *Arch. f. Psych.*, 1. — Rauch, *Primord. Verrücktheit*, 1883. — Burr, *Am. Journ. of Ins.*, 1883. — Deecke, *Am. Journ. of Ins.*, 1885. — **Perversion du sens génital** (d'après Krafft-Ebing) : *a.* Chez les hommes : Casper, *Klin. Novellen* et

Lehrb. d. Gerichtl, med., p. 170 (7e édit.). — WESTPHAL, *Arch. f. Psych.*, 2. — SCHMINKE, *Id.*, 3. — SCHOLZ, *Vierteljahr. f. ger. Med.*, 19. — GOCK, *Arch. f. Psych.*, 5. — SERVAES, *Id.*, 6. — WESTPHAL, *Ibid.* — STARK, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31. — LIMAN, *Casp. Lehrb.*, 6e édit. (obs. de Zastrow). — KRAFFT EBING, *Arch. f. Psych.*, 7. — LEGRAND DU SAULLE, *Ann. méd. psych.*, 1876. — TAMASSIA, *Riv. Sper.*, 1878. — KRAFFT-EBING, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 38, et *Traité* (2e édit., p. 85, t. II). — STERZ, *Jahrb. f. Psych.*, vol. 3. — KRUEG, *Brain*, 1881. — CHARCOT et MAGNAN, *Arch. de neur.*, 1882. — KIRN, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 39. — KRAFFT-EBING, *Irrenfreund*, 1884. — RABOW, *Erlenmeyer's Centralbl.*, 1883. — BLUMER, *Am. Journ. of Ins.*, 1882. — SAVAGE, *Journ. of med. sc.*, 1884. — KRAFFT-EBING, *Jahrb. f. Psych.* 1885. — *b.* Chez les femmes : WESTPHAL, *Arch. f. Psych.*, 2. — GOCK, *Ibid.* — KRAFFT-EBING, *Irrenfreund*, 1884. — WISE, *Al. and Neurol.*, 1883. — CANTARANO (J.), *La Psychiatria*, 1883. — **Monographies sur la perversion du sens génital** : TARNOWSKY, Berlin, 1886. — KRAFFT-EBING, *Psychopathia sexualis*, 1887, 2e édition. — **Agoraphobie** : Voir *Eulenburg's real Encyclop.* (Westphal.).

A. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Avant de commencer ce chapitre clinique important, il convient de donner ici quelques indications de pathologie générale. Ces considérations sont : 1° anthropologiques, et comprennent les lois de l'hérédité, c'est-à-dire de la transmission héréditaire ; 2° cliniques, et renferment certains traits d'une grande importance, et qui sont pour ainsi dire caractéristiques des folies héréditaires : *a*) les idées obsédantes, et les actes impulsifs ; *b*) les troubles caractéristiques, psychiques et sensuels, dans la sphère génitale (inversion du sens génital). — Après cette introduction, nous décrirons la névrose héréditaire, tronc commun dont les branches sont la folie simple héréditaire et la folie héréditaire avec dégénérescence.

A la description de la folie simple héréditaire, nous ajouterons comme appendice celle de la folie transitoire.

1. — DE L'HÉRÉDITÉ.

Nous devons d'être ce que nous sommes un peu à nous-mêmes et beaucoup à nos ascendants ; notre vie a commencé dans leur vie psychique et physique ; et, par son existence, chacun de nous continue essentiellement (parfois absolument) l'histoire de ses ancêtres. Dans la pathologie de l'intelligence, l'hérédité joue le rôle de cause prédisposante ou déterminante. Cet héritage mystérieux, transmis directement par les parents, ou indirectement par des collatéraux, à une première ou à une seconde génération, est représenté par des variétés infinies, qui vont de simples particularités (tics, spleen) jusqu'à l'altération profonde de l'intelligence dans toute une famille (psychoses, idiotie).

1° Les phénomènes de transmission héréditaire peuvent se grouper de la manière suivante :

a) *D'après leur forme.* — Le plus souvent, la forme est *la même* que chez les ascendants, c'est-à-dire qu'une mélancolie des descendants succède à

une mélancolie des parents, fréquemment avec les mêmes idées et les mêmes tendances. Ainsi le *suicide* se transmet d'une génération à l'autre. Des névralgies peuvent exister chez plusieurs générations successives, tantôt sous la même forme, tantôt transformées en troubles psychiques. Les hallucinations aussi sont souvent transmises par l'hérédité. — La transmission héréditaire peut, d'autre part, *être équivalente;* c'est ainsi qu'une névralgie des ascendants peut devenir une convulsion douloureuse épileptiforme chez les descendants; ou bien le père était sujet aux congestions, et le fils meurt d'apoplexie (c'est là une transmission héréditaire progressive, voy. plus loin).

b) *D'après l'époque de leur apparition.* — Souvent les phénomènes morbides éclatent exactement au même âge que chez les ascendants, comme il arrive souvent pour la phthisie. D'autres fois, suivant la gravité de la tare héréditaire, l'explosion a lieu plus tôt ou plus tard.

c) *D'après le sexe de l'ascendant et du descendant pathologiques.* — L'hérédité convergente (les deux parents étant atteints) est la plus grave. Quand un seul parent est pathologique, la maladie de la mère a plus d'influence que celle du père. — Pour le suicide, l'influence du père est plus forte. Les maladies de l'un des deux parents, si elles sont antérieures à la puberté (surtout la chorée et l'épilepsie), sont très inquiétantes pour les descendants.

2° Les affections mentales bien déterminées ne sont pas seules transmises; mais les affections cérébrales, nerveuses et mentales peuvent se remplacer chez les descendants. Ainsi, une génération étant frappée de troubles psychiques, la seconde peut être atteinte de chorée, d'épilepsie, la troisième de mélancolie et de manie. D'après les récentes recherches de Ball et Régis, les troubles mentaux impriment un cachet pathologique particulier à la descendance, qui est soumise aux affections mentales, nerveuses, cérébrales, à l'alcoolisme et à la phthisie pulmonaire. Chez la descendance des paralytiques, la prédisposition aux affections cérébrales est surtout marquée. Quand les troubles psychiques étaient simples, c'est la diathèse « vésanique » qui se répète chez les descendants. Les épileptiques transmettent à leurs enfants une disposition aux affections cérébrales, surtout fréquentes pendant l'enfance; par contre, l'épilepsie idiopathique est très rare chez eux. L'hystérie engendre une diathèse nerveuse. — L'alcoolisme prédispose les descendants aux affections cérébrales (surtout pendant l'enfance) et à la phthisie pulmonaire.

3° La malignité du virus héréditaire semble augmenter d'une génération à l'autre, comme la virulence du sang dans la septicémie. Aussi a-t-on distingué une transmission héréditaire *simple* et une transmission héréditaire *avec dégénérescence*, suivant que la descendance a subi une atteinte semblable et équivalente pour la clinique et le pronostic, ou bien que l'affection est devenue plus grave et qu'elle tend à la dégénérescence (voy. ce mot) ou enfin qu'elle présente des imperfections psychiques et corporelles (idiotie). — A un autre point de vue, on distingue la *prédisposition simple* de la *maladie héréditaire transmise.* — Sous ce mot de prédisposition, on comprend un amoindrissement de la résistance de l'organisme, sans lésions

encore, mais assez marqué pour que la moindre cause suffise à développer une maladie.

Ce sont là des natures psychiquement affaiblies, qui restent saines tant qu'on ne leur demande pas de grands efforts physiques ni intellectuels, mais qui sont toujours en danger de sombrer. Pour le public, ces individus ne se distinguent des autres que par une impressionnabilité plus grande; mais le médecin, sous cette excitabilité plus grande et cette faiblesse, reconnaît l'altération nerveuse qui met leur équilibre mental en danger. La puberté, l'établisssement de la menstruation, la grossesse, la puerpéralité, sont des écueils nombreux et inévitables pour ces cerveaux héréditairement invalides. Si une statistique était possible, elle prouverait que le nombre de ces héréditaires est immense, et que cette prédisposition morbide est pour ainsi dire caractéristique de notre siècle.

Par le nom de *maladie héréditaire transmise,* nous définissons une constitution anormale *ab ovo,* ou une constitution nerveuse et psychique défectueuse; cette imperfection peut être physiologique (défaut de pondération dans les différentes fonctions intellectuelles; exagération pathologique d'une faculté, les autres étant affaiblies; retard dans le développement), ou bien ce peut être une difformité morphologique de la tête et du cerveau. Rappelons ici « l'aspect phthisique » de ces malades décrit par Rokitansky, Brehmer, Beneke; les vices de développement du cœur et des gros vaisseaux observés dans ce cas, ou dans les anémies constitutionnelles (Virchow). Ces conditions jouent un grand rôle pour prédisposer à une nutrition anormale du cerveau, et leur importance a été démontrée par l'expérience chez les descendants chez lesquels on voit alterner la phthisie avec les troubles mentaux, l'épilepsie, etc. Dans la prédisposition simple, l'équilibre intellectuel est instable, mais il est nécessaire qu'une cause accidentelle intervienne pour produire la maladie; dans la maladie héréditaire transmise, au contraire, le trouble mental existait déjà en germe, et se développe naturellement ensuite. Tandis que, dans la prédisposition simple, l'enfance et la jeunesse ressemblent, à quelques nuances près, à celles de l'homme normal, ici ces âges sont déjà troublés par une foule de phénomènes psychiques et nerveux anormaux; là, les symptômes pathologiques ultérieurs sont à peu près les mêmes que chez les individus non héréditaires; ici les symptômes seront caractéristiques et spécifiques, aussi bien dans leur forme psychologique que dans leur marche (voy. *Névrose héréditaire*) : ce qui concorde avec ce fait que l'ensemble des phénomènes psychiques semble être à peu près le même chez les prédisposés simples et chez les sujets normaux. Dans les maladies héréditaires au contraire, le stigmate psychique est très évident; ce sont là des types à part; c'est une nouvelle espèce d'hommes, en quelque sorte; et on ne pourrait les comprendre, avec leurs anomalies combinées, si on ne les considérait comme des êtres spéciaux; c'est ce qui arrive pour les individus atteints de troubles moraux (voy. *Moral insanity*).

4° Cependant, pour l'étude de ces dégénérescences progressives, il ne faut pas tomber dans une généralisation excessive. Morel enseignait que les différents groupes de la folie héréditaire représentent un acheminement pro-

gressif vers des états de plus en plus graves, et enfin incurables ; les anomalies psychiques légères et les modifications du caractère, qui ne sont pas encore une maladie, arriveraient à l'idiotie congénitale après quatre générations. Cette conception, dans laquelle entre une grande part de vérité, n'a pu résister pourtant aux critiques. La statistique (Tigges) a démontré que la prédisposition héréditaire : *a*) est un terrain très favorable à la production des maladies mentales ; *b*) produit la maladie pendant les premières périodes de la vie ; *c*) d'où, après une maladie mentale, une grande tendance à la récidive ; *d*) pour le grand nombre des héréditaires, on ne peut cependant pas reconnaître un principe constant de dégénérescence qui les distinguerait des non-héréditaires ; *e*) ces affections mentales, pour se développer plus facilement sur un terrain héréditaire, sont pourtant curables (dans certaines circonstances) ; le danger de mort est moindre dans les maladies mentales héréditaires. Remarquons cependant que la statistique ne suffit pas à donner la solution de ces questions ; l'*éducation* joue un rôle excessivement important. D'après mon expérience, il me paraît certain que les anomalies psychiques ou nerveuses devenues *constitutionnelles* chez les parents, reparaissent chez les enfants sous une forme progressivement plus grave ; cela est bien plus rare si les parents ont été atteints une seule fois d'une affection psychique et cérébrale, même très grave, lorsqu'ils ont eu, du reste, une existence intellectuelle normale. On sait que les bizarreries de caractère ou l'hystérie légère mais invétérée chez la mère, agit d'une manière bien plus funeste sur la descendance qu'un accès de mélancolie franche ou de manie.

La *moralité* des parents joue aussi un grand rôle, et la morale sociale sert à expliquer l'hérédité. Les individus immoraux, et surtout criminels, transmettent une tare héréditaire beaucoup plus lourde, avec dégénérescence progressive. Par la double altération, intellectuelle et morale, qu'ils produisent, l'alcool et l'opium ont une influence particulièrement désastreuse sur les descendants. Le crime et la folie, qui sont des phénomènes si voisins, ont aussi une source commune ; beaucoup de grands criminels comptent dans leurs ascendants des individus atteints d'affections psychiques. Ce fait est d'une très grande importance en médecine légale ; il montre que beaucoup de criminels sont des individus dont les fonctions intellectuelles étaient pathologiquement altérées.

5° D'ailleurs, il faut songer que l'hérédité morbide ne pèse pas forcément sur les enfants ; que tous les germes pathologiques transmis par les ascendants ne se développent pas, et que l'intelligence peut conserver son intégrité. Mais cette amélioration psychique n'est pas atteinte de suite ; il faut en général pour l'obtenir plusieurs générations. Du reste, la nature elle-même prévient le développement excessif des dégénérés, en les frappant de stérilité. Une éducation intellectuelle et morale bien dirigée est très utile à ces individus affaiblis et incomplets. Il faut éviter avec soin le surmenage scolaire, bien régler le développement moral de l'enfant, et soigner attentivement à la fois le corps et l'esprit ; tout cela est très important comme mesures prophylactiques. Quant au mariage, il faut en détourner les individus qui ont une lourde tare héréditaire, et dont la constitution est nettement névropathique.

En théorie, l'enfant devrait représenter à la fois le père et la mère; cependant les choses ne sont pas tout à fait ainsi dans la réalité; car l'observation montre que l'enfant ressemble surtout à *l'un* des parents, de sexe contraire (*hérédité croisée*); le fils ressemble plutôt à la mère et la fille au père (Necker, Mme de Staël; Agrippine, Néron). Il existe aussi une *hérédité indirecte :* les enfants ressemblent à des parents collatéraux (César, Octave; Gustave-Adolphe, Charles XII). Une troisième forme est l'hérédité par *atavisme;* les enfants ressemblent à leurs grands-parents (le philosophe Mendelssohn et le musicien Mendelssohn; le zoologiste Darwin et Charles Darwin). D'après la loi de Richarz, qui admet l'hérédité croisée, la fille devrait ressembler physiquement et intellectuellement au père; la ressemblance du fils avec le père ou de la fille avec la mère serait une anomalie; mais des objections ont été faites à cette manière de voir (Roth). Toutes les particularités psychiques et somatiques sont transmissibles, même certaines anomalies individuelles, telles que la polydactylie, l'icthyose, l'habitude de se ronger les ongles, etc. Mais il faut bien savoir que si cette transmissibilité est possible, elle n'est pas fatale. Les conditions nous en sont encore inconnues. Outre les causes psychiques, il en existe d'autres, telles que la nature du sol, le climat et le genre d'existence. Des facteurs surtout importants sont les conditions dans lesquelles se fait la fécondation.

6° Les enfants *engendrés* par un individu en état d'ivresse sont souvent épileptiques. Combien était sage et prévoyant le précepte formulé par Lycurgue! L'amour ou la répulsion éprouvés par les époux peut avoir aussi une grande influence; la beauté et l'intelligence proverbiales des « enfants de l'amour » ont une explication physiologique. En tout cas, l'observation nous a démontré, chez les animaux, l'influence du premier coït sur les autres ovules de la femelle.

7° La statistique n'a donné jusqu'ici que des renseignements très inexacts sur la fréquence de la transmission héréditaire; elle varie de un dixième à neuf dixièmes (Moreau). Maudsley pense, d'après ses observations, que la proportion serait plus grande que un quart, et inférieure à un demi; c'est aussi l'opinion de Brierre de Boismont. Hoffmann admet le chiffre de 55 p. 100; Esquirol celui de 22,5 p. 100 (Salpêtrière), et de 56,8 p. 100 (dans son établissement privé); Hagen, celui de 28,9; Tigges de 40 p. 100 et plus. Quant à l'influence du *sexe*, on trouve que les femmes sont plus fréquemment atteintes.

2. Pathologie générale des héréditaires.

a) *Idées obsédantes et actes impulsifs.*

On comprend sous cette désignation d'*idées obsédantes* des idées (mots isolés ou phrases entières) qui apparaissent subitement et involontairement, interrompant ainsi la marche des idées du malade, qui font irruption dans la conscience, s'imposent à l'attention avec d'autant plus d'énergie, échappent à la critique et à la réflexion, puis enfin disparaissent d'elles-mêmes. On peut distinguer plu-

sieurs formes et plusieurs genèses de ces idées obsédantes; leur valeur est différente, en psychologie et en clinique, d'après : 1° l'état de la conscience; 2° la disposition morale; 3° le caractère psychologique du phénomène lui-même; 4° son mode d'apparition clinique, suivant que l'idée est isolée ou s'accompagne d'actions réflexes sur le moral et les actes; 5° l'état somatique (nervosisme). Ces conditions décident aussi du sort ultérieur de ce signe élémentaire, qui peut déterminer un autre syndrome, c'est-à-dire une folie particulière (ce que ne sont pas les idées obsédantes en elles-mêmes).

1. *État de la conscience.* — On peut admettre que, pour les idées obsédantes les plus caractéristiques et les plus nettes, la conscience reste presque toujours *lucide.* Non seulement le malade perçoit ce trouble, mais il y réfléchit ensuite; il cherche tous les moyens de pouvoir dominer cette force étrangère; cette préoccupation démontre que l'idée obsédante lui est étrangère et pénible; celle-ci est donc le contraire de l'idée délirante, avec laquelle le malade s'identifie.

Cependant l'idée obsédante ne reste pas nécessairement en opposition prolongée avec le délire. La conscience, encore lucide au début, peut s'obscurcir peu à peu, et le malade accepte l'idée obsédante, qui prend place au milieu de ses autres pensées; la séparation disparaît, et l'idée obsédante devient un délire véritable. Mais sans que cette action lente et enfin victorieuse de l'idée obsédante intense intervienne, chez les individus dont le jugement est affaibli, la conscience, de bonne heure et sans résistance, se laisse parfois dominer par l'idée obsédante. C'est ce qu'on observe, en particulier, dans le délire systématisé hystérique; ici, une idée quelconque peut se répéter, remplir absolument la conscience pendant des heures entières, et déterminer, comme réflexes, toutes sortes d'illusions. Ainsi l'image d'un mort rappelle celle de toutes les personnes décédées connues du malade, et leurs images remplissent sa pensée; de sorte que, bien qu'il soit en possession de tout son jugement, il se trouve obligé ensuite de comparer à tous ces morts les personnes qu'il voit passer.

2. *État moral.* — *a*) L'état moral contribue à la production de l'idée obsédante; *b*) ou bien il résulte de cette idée pathologique : dans le premier cas, on distingue des idées obsédantes *émotives* et *non émotives;* ces dernières, qui ne reposent pas sur un sentiment, caractérisent le type vrai et spécifique, tel qu'on le rencontre dans la névrose héréditaire. — Ici, il n'existe pas, par suite, d'anomalie morale primitive, mais une idée étrangère tombe brusquement dans la conscience; le moi se trouve obligé de se concentrer sur une idée bizarre, ne concordant en rien avec le reste des pensées, mais formant au contraire avec elles un contraste frappant et pénible; c'est une épithète injurieuse, un blasphème, etc., ou bien une idée stupide, ou encore une tendance à commettre un acte compromettant.

Parfois ces idées étranges, ces tics intellectuels, sont d'un genre tout à fait inoffensif, par exemple, le *besoin obsédant de compter ;* le malade compte les lettres ou les syllabes des mots qu'il entend ou prononce, cherche toutes les façons de diviser tous les nombres qu'il voit écrits ; ou bien il éprouve le *besoin obsédant de lire* les mots qu'il aperçoit, les noms de rue, les enseignes, etc., et il *faut* qu'il les épelle à l'envers.

Les idées obsédantes *émotives*, au contraire, reposent toujours sur un état nerveux antérieur avec dépression ; il s'agit souvent de mélancoliques au début de leur affection, qui, dans leur inquiétude douloureuse, cherchent sans cesse une explication de leur état ; alors ils se souviennent tout à coup d'un évènement effrayant, ou de l'histoire d'un événement de ce genre ; et cette idée émotive persiste, maintenue dans l'esprit par la disposition mélancolique. Le moi, surpris, n'attache pas d'abord à ce souvenir toute sa valeur émotive ; il lutte, mais il *est obligé* de ruminer sans cesse cette idée, jusqu'à ce qu'elle s'incorpore à lui ; d'ordinaire le processus est complet quand l'idée d'épouvante s'est associée intimement à une sensation douloureuse (névralgique) (voy. *Mélancolie*). — La disposition morale peut contribuer à la genèse de l'idée obsédante, de sorte que, dans une constitution nerveuse, au milieu de sentiments modérés, un *sentiment obsédant* s'interpose — ordinairement c'est un sentiment douloureux d'arrêt — d'où jaillit l'idée obsédante qui est le plus souvent un ordre. (Tue ton enfant!) Ici encore, la conscience reste d'abord perplexe et étrangère à cette pensée épouvantable qui éclate comme un coup de tonnerre ; mais celle-ci est aidée par le sentiment douloureux (sensation névralgique), qui la fait triompher enfin du raisonnement et du jugement.

Nous arrivons à (*b*) la disposition d'humeur consécutive à l'idée obsédante ; ici le « Il faut » obsédant agit par contre-coup sur le moral (voy. paragraphe 4).

3. *Caractère psychologique des idées obsédantes.* — Ce caractère consiste dans la valeur particulière de l'idée, dans sa prédominance anormale, et dans l'arrêt brusque et intermittent de toute la marche des pensées. Mais ces idées obsédantes, considérées isolément, présentent des différences très importantes et dont les conséquences aussi diffèrent. Un *premier groupe* est représenté par des phrases ou des mots toujours répétés, qui font irruption dans la pensée, sans participation de la volonté, et qui demeurent étrangers au moi ; ils restent stéréotypés ou sont changeants. Un *autre groupe* renferme des idées ou des conceptions qui sont acceptées, mais qui se dispersent en éveillant un tourbillon d'associations d'idées plus ou moins éloignées.

Ce qui est caractéristique, c'est, dans le premier groupe, cette idée pénétrant comme un coin dans la pensée; dans le second, c'est l'instabilité de l'idée qui ne se fixe pas, mais disparaît en éveillant une foule d'autres idées. Là, le courant des idées est interrompu mécaniquement; ici cet arrêt est produit par la dissociation du « mot » représentant la pensée sous une forme précise. Considéré au point de vue du moi, c'est, dans le premier cas, une succession d'obstacles qui viennent arrêter la marche des idées; dans le second, c'est un état vertigineux de la pensée, produit par un élargissement indéfini des cercles d'idées, l'idée première disparaissant avant que l'attention ait pu la fixer.

Le *premier* groupe est formé par les idées obsédantes simples, le second par un besoin continuel d'ergoter sur toutes choses; l'un est une anomalie de la pensée, par laquelle une phrase vient s'interposer, bizarre, ridicule, pénible ou angoissante; c'est comme un mouvement choréique de l'intelligence; l'autre ressemble plutôt à un vertige avec tendance à des convulsions intellectuelles. Ces deux genres peuvent avoir une nature et une genèse émotives ou non émotives. La manie d'ergoter, d'origine non émotive, se présente en clinique sous la forme d'un besoin *pathologique de faire des questions;* sans angoisse, sans mouvement émotif quelconque, une pensée favorite se répète indéfiniment, et se décompose en une foule de problèmes transcendants qui se pressent dans l'esprit du malade sous la forme d'une multitude de questions.

Prenons le mot « beau », par exemple : « Combien y a-t-il de sortes de Beau? Le Beau est-il le même dans la nature et dans l'art? Y a-t-il un Beau objectif, ou bien rien n'est-il Beau que subjectivement? En quoi diffère le Beau dans une belle pensée et dans une belle couleur? dans un beau livre et dans un bel habit? » Un malade distinguait ainsi quarante variétés de Beau. — Ou bien les aliments et les boissons sont distingués en bons et mauvais, en faux et véritables, et les billets de loterie en bons et mauvais (ayant ou n'ayant pas de chances de sortir).

La manie d'ergoter émotive consiste dans l'exposition de toutes les conséquences possibles et impossibles d'un fait quelconque, d'où la production de sentiments douloureux, comme si ces conséquences étaient réalisées.

Par exemple, une couleur fait aussitôt penser à sa composition chimique; d'où la crainte angoissante que des personnes, ignorant cette composition, puissent être empoisonnées par cette couleur, ou qu'elles soient déjà empoisonnées. Bientôt le malade reconnaît, à l'altération du visage, que ces personnes sont intoxiquées; leurs mains portent des traces de poison, et vont transmettre la substance toxique à tout ce qu'elles ont l'imprudence de toucher.

Parfois c'est le sentiment d'un *arrêt brusque et primitif* dans la

marche des pensées, et les réflexions du malade à ce sujet présentent tous les caractères de l'obsession ; elles interrompent brusquement la pensée en s'établissant sans participation de la volonté dans la conscience, et sont douloureuses ; elles sont subjectivement connues du moi. Chez les névropathes, ces états, qui ne sont pas rares, sont d'autant plus intéressants qu'ils sont intermédiaires entre l'obsession elle-même et l'interprétation délirante d'une sensation (Mélancolie).

La marche logique des idées est interrompue brusquement, le malade ayant la sensation d'une force puissante qui les arrête ; et à ce moment des groupes d'idées s'intercalent, qui portent précisement sur cette interruption de la marche de la pensée et qui étudient les fonctions psychiques qui étaient alors en activité. Poussé par une force irrésistible, le malade est contraint aussitôt de suivre cette marche pathologique des idées, qui devient de plus en plus rapide, jusqu'à ce qu'enfin toutes ses pensées se perdent dans un chaos confus ; des nuages obscurcissent de plus en plus son intelligence, où tout devient obscur, et la pensée est absolument arrêtée. Le malade a conscience de tout ce qui se passe en lui, mais il ne peut rien arrêter, rien modifier. Cependant certains actes intellectuels d'exécution facile, la conversation ordinaire, par exemple, restent possibles, et ce sont seulement les facultés élevées sur lesquelles porte cet arrêt. C'est par hasard et involontairement que les idées prennent une marche anormale et, le plus souvent, cela résulte d'une association d'idées fugitive. Certains moments de la journée favorisent ces arrêts, qui parfois existent même pendant les rêves. Tous les efforts du malade, toute l'énergie de la conscience sont impuissants à dissiper ces nuages ; tout au plus ils accélèrent la marche des idées déjà si rapide, et exagèrent cette sensation douloureuse d'arrêt. Le malade en est réduit à attendre que ces arrêts cessent d'eux-mêmes et que l'accès soit terminé. Souvent c'est une circonstance fortuite quelconque (une visite, une promenade) qui termine brusquement l'accès. Ces états ressemblent aux paroxysmes des idées obsédantes réelles (tics intellectuels), ainsi qu'aux hallucinations ; ces dernières présentent cependant des différences essentielles. On pourrait peut-être appeler ce processus une sensation obsédante.

Parmi les sensations obsédantes il faut ranger ces cas où le malade se croit emporté par un tourbillon à travers les airs. Ces troubles ressemblent plus que les précédents aux hallucinations (du sens musculaire). Au contraire, les perceptions modifiées et obsédantes (le malade, par exemple, en regardant son enfant qui dort d'un sommeil paisible, le voit blessé au cou et baigné dans le sang) sont une transition vers des illusions de certains états de mélancolie ou de délire systématisé aigu ; de même, dans certaines illusions obsédantes : le malade, étant au théâtre, croit voir que toutes les personnes qui entrent dans la salle portent leur tête sous le bras. — Dans le dédoublement de la personnalité déjà mentionné dans le délire systématisé, on observe un processus analogue pour les perceptions extérieures : des personnes connues du malade sont divisées chacune en deux ou trois personnes, dont l'une est encore comme la personnalité réelle, et concorde

avec les souvenirs antérieurs, l'autre n'étant qu'une forme analogue. Cette illusion sensorielle produit un dédoublement de tout l'entourage, et peut, dans le délire systématisé au début, déterminer la croyance à une substitution criminelle d'une personne quelconque au malade lui-même ou à un étranger.

4. *Manière dont les idées obsédantes se comportent en clinique*, suivant *a*) qu'elles se présentent isolément; *b*) qu'elles ont une influence réflexe sur le moral et sur les actes.

Les idées obsédantes non émotives (théoriques) sont en général isolées; elles se présentent ainsi chez les individus à prédispositions névropathiques (héréditaires), parfois dès l'âge le plus tendre, soit sous la forme simple, soit sous la forme vertigineuse. Plus tard, une époque toujours fort dangereuse est la puberté; puis c'est la grossesse et la ménopause; enfin une autre phase périlleuse est celle qui suit les pollutions répétées (onanisme). Les idées obsédantes peuvent aussi se présenter isolément, d'une façon passagère, dans beaucoup de psychoses reposant sur une constitution nerveuse affaiblie, surtout dans les psychoses hystériques et dans certaines mélancolies. — Si elles se développent, ce qui n'est pas rare, au point de dominer momentanément la conscience et de produire des actes de caractère impulsif, alors se produisent des crises de délire systématisé bâtard et abortif. Parfois elles font une apparition épisodique, et éclatent tout d'un coup, pour ne durer que quelques semaines ou quelques mois; d'autres fois elles durent plusieurs années, et même se prolongent pendant toute la vie. Souvent, après un certain temps, on voit s'y ajouter d'autres symptômes psychopathiques, de telle sorte qu'une *folie réelle* succède à ces phénomènes isolés; dans cette psychose, les idées obsédantes à forme vertigineuse jouent le rôle principal (voy. *Maladie du doute*).

Ce symptôme psychopathique se montre plus souvent associé à des réflexes combinés de la sphère psychique émotive et motrice; l'angoisse est un de ces réflexes les plus fréquents; un état angoissant précède, en général, le retour périodique des accès; les malades se sentent fatigués, sont incapables de prendre une décision, perplexes et anxieux à propos des choses les plus simples. Ils ne peuvent secouer cette crainte anxieuse, l'angoisse ne leur permet ni de mûrir une idée, ni de prendre une décision; ils cherchent toujours des explications sans pouvoir les trouver; ainsi, ils ne peuvent se tranquilliser, l'idée obsédante éveillant sans cesse de nouveaux réflexes psychiques.

Par exemple, une mère craindra que ses enfants ne se refroidissent; cette crainte lui fait coudre une foule de boutons sur leurs habits, et fermer

encore toutes les ouvertures avec des épingles ; alors elle a peur que ses enfants n'aient trop chaud, que cela ne les rende efféminés. A chaque doute nouveau, l'agitation augmente, et l'obsession est ainsi perpétuelle. Ce qui détermine surtout de l'angoisse et de la confusion intellectuelle, c'est la vue d'éclats de verre, d'aiguilles, d'allumettes, ou même l'idée seule de ces objets, et les malades passent leurs journées à chercher ces objets sur le plancher de leur chambre. Pour calmer leur agitation intérieure, au moins pour un moment, il leur faut tout examiner, tout vérifier, visiter tous les recoins; mais ils ne peuvent arriver à vaincre ce tourment contre lequel ils luttent sans cesse. — Il en est de même pour leurs monologues et leurs plaintes, par lesquels ils cherchent à soulager leur cœur oppressé : s'ils parlent, ils se perdent dans une confusion complète; s'ils se taisent, leur oppresssion augmente; ils éprouvent des vertiges, en ressentant ce besoin de parler et de se taire.

Ces incessantes inquiétudes redoublent l'angoisse; le malade, comme il le dit lui-même, est « angoissé par la crainte de l'angoisse », et cherche par tous les moyens possibles, en s'agitant, en fixant sa pensée sur un autre point, à fuir cet éternel supplice; et pourtant, le plus léger effort détermine la crise. Les pensées sont englouties dans le tourbillon de l'angoisse, et la passivité absolue de la conscience est douloureusement ressentie.

Cette « convulsion intellectuelle » est en général accompagnée des phénomènes sensibles et vaso-moteurs qui sont associés à l'obsession : battements de cœur, oppression précordiale, constriction de la tête. Elle peut durer plusieurs heures, puis disparaître pour éclater de nouveau. Assez souvent elle se termine par des actes réflexes moteurs; le malade court de tous côtés, gesticule, grimace, etc. Dans les états d'excitation intercurrents, on peut observer une réaction constituée par un sentiment de bien-être passager, et le malade paraît satisfait de ses actes impulsifs, comme si c'était un travail méritoire.

Nous arrivons maintenant aux *actes impulsifs*. La plupart du temps ces actes sont le résultat psychologique de l'idée obsédante, et ils n'en sont que le développement régulier. Par exemple, les malades tendent des cordes devant les fenêtres quand ils sont obsédés par la tentation de se jeter par la fenêtre; ils cachent les couteaux et les ciseaux quand ils ont l'idée obsédante qu'ils peuvent se blesser avec ces instruments. Ou bien ils évitent le contact de certains métaux, des boutons de porte, par crainte du vert-de-gris; ils se lavent continuellement les mains, lavent les verres et les assiettes parce qu'ils sont obsédés par la crainte qu'ils ne soient recouverts de saleté, ou qu'une souris ne les ait touchés. Enfin, ils sont contraints à certains mouvements quand ils sont assis, ou secouent leurs habits quand ils craignent des sensations sexuelles ou des frottements sur les organes génitaux.

Il faut signaler ici l'impulsion à voler des objets de toilette féminine (tabliers, souliers, etc.), parce que leur vue excite le malade et le porte à se masturber (Jastrowitz).

L'acte impulsif n'est pas toujours et nécessairement la conséquence d'une idée obsédante nettement consciente, pas plus que toute idée de ce genre ne doit fatalement déterminer un réflexe moteur.

Certaines idées obsédantes, au lieu de se transformer en acte impulsif, produisent plutôt une sorte d'*arrêt moteur*, une sorte de contracture, d'où résulte une allure gauche, niaise de ces individus à tempérament nerveux et excitable, quand ils sont dans cet état de perplexité. Chez d'autres, certaines particulités existent, qu'ils ne comprennent pas eux-mêmes; ainsi la vue d'un verre posé sur la table détermine des mouvements ataxiques ou une paralysie complète lorsqu'ils veulent se verser à boire.

On trouve toujours, comme condition psycho-physiologique, unissant l'idée obsédante et l'acte impulsif, ces *troubles de la sensibilité* qui représentent la force impulsive, ces sentiments d'obsession. Cette condition existe dans les idées obsédantes émotives, mais elle peut aussi exister dans les idées obsédantes non émotives, si elles produisent une réaction, c'est-à-dire si elles deviennent douloureuses et pénibles au moi (voy. par. 5). Parfois les actes impulsifs sont dans un rapport plus intime avec la sensation d'obsession : ce sont des réflexes qui délivrent le malade de cette sensation obsédante.

Les manifestations motrices bizarres, énigmatiques, de beaucoup de malades se trouvent ainsi expliquées physiologiquement.

Ainsi, dans le cas de sensation d'arrêt portant sur les sphères élevées de l'intelligence, il existe souvent une douleur dans la région occipitale; alors le malade renverse la tête, se gratte et se frotte la nuque, etc. D'autres fois il prend des attitudes particulières, avec une raideur exagérée du corps, ou marche rapidement de droite à gauche, puis revient sur ses pas; par ces moyens, il arrête la sensation d'angoisse, tandis que d'autres mouvements ne font que l'exagérer. D'autres fois il aura recours à des moyens plus compliqués intellectuellement; souvent, quand il existe des hyperesthésies des sens (quand des impressions extérieures frappent douloureusement les sens), il modifie la disposition des meubles dans sa chambre, s'habille contrairement à toutes les modes connues; cela suffit à le soulager. Chez des individus dont l'éducation a été soignée, un juron énergique, ou un coup de poing bien asséné à une des personnes qui les entourent, apaise souvent l'angoisse et l'inquiétude. Il faut savoir que le même procédé de logique peut déterminer une tentative de suicide, qu'on ne soupçonne pas, qui est souvent fatale et à laquelle le malade a recours pour se délivrer de ce tourment obsédant et perpétuel. Souvent certains malades paraissent se calmer pendant assez longtemps, s'ils sont en possession d'une fiole de poison ou d'un pistolet qui leur permettrait de se donner la mort tant désirée. « Quand j'ai pu mettre fin d'un seul coup et pour

toujours à mes douleurs infinies, j'ai trouvé la force de les supporter; et tant que j'ai possédé ce talisman, le voisinage de la mort m'a permis de continuer à vivre. » C'est ainsi que Gœthe fait parler le vieux musicien, (Wilhelm Meister's Lehrjahre), caractérisant ainsi le trouble de son esprit. Mais c'est ici le cas de dire : « Facilis descensus Averni; per noctes diesque patet janua. »

Les actes impulsifs peuvent être une conséquence logique d'états intellectuels pathologiques, si bizarres qu'ils puissent paraître. Mais on trouve chez les névropathes un autre groupe d'actes qui semblent être des actes voulus, mais qui pourtant, d'après notre analyse, sont tout à fait involontaires. Le malade ne peut donner aucune explication de ces actions; il est obligé de les accomplir, même si sa conviction s'y oppose, même quand il doit se montrer tout à fait inconséquent. Ici se rangent certaines bizarreries inoffensives; les malades conservent avec soin des morceaux de papier, des boulettes de cérumen, des rognures d'ongles, et même leurs excréments; ou bien ils s'attachent autour du corps et gardent pendant des semaines entières des cadavres d'animaux, sans s'occuper de l'affreuse odeur qu'ils exhalent. On observe encore le *suicide instinctif*, qui décime une famille, sans avoir d'ailleurs de motif suffisant; souvent même les différents suicides ont lieu au même âge ou à la même date, comme je l'ai observé une fois chez les trois fils d'un suicidé. Les actes impulsifs, dont nous avons parlé au début, plus inoffensifs et de nature non émotive, se reproduisent souvent d'une manière périodique, et disparaissent comme ils sont venus. Ainsi la « manie des recherches » est périodique; les malades, brusquement, bouleversent tout chez eux, jusqu'au dernier tiroir; ils rangent, modifient tout, et rangent encore; on observe de même « la manie de laver », l'impulsion à nettoyer et à laver, qui alterne, chose remarquable, avec une malpropreté habituelle. De même encore, les antipathies impulsives de certains névropathes pour différents objets, canifs, porte-cigares, etc... rentrent dans cet ordre de faits. La nécessité impérieuse est le caractère de toutes les impulsions, nécessité qui est plus forte que la conscience la plus lucide, même quand l'intelligence avait été très cultivée.

A ces actes, et spécialement à cette impulsion instinctive au suicide se rattachent toutes sortes d'actes du même ordre, qui ont le même caractère *impulsif*.

L'analyse psychologique de ces actes repose sur l'étude de leur mécanisme, dont les caractères sont les suivants : lutte des différents motifs (idées), d'après leur qualité et leur quantité, c'est-à-dire d'après leur valeur au point de vue intellectuel et moral; victoire finale de l'idée la plus forte, par suite prédominance du sentiment moteur qu'elle a déterminé; influence réflexe de ce sentiment sur les sphères motrices. Suivant la na-

ture de ce trouble et suivant l'endroit où il porte, nous trouvons différentes conditions de l'acte pathologique. 1° Les idées qui entrent en lutte peuvent être d'une mobilité anormale, c'est-à-dire que le facteur intellectuel de l'action peut se produire trop rapidement ou trop lentement. 2° Le sentiment moteur (qu'on peut considérer en physiologie comme un nerf sensible en fonction) est pathologique; d'où deux résultats possibles : (*a*), il y a une exagération de la fonction nerveuse, qui produit un acte réflexe impulsif, violent, sans que toutes les opérations intellectuelles se soient faites; (*b*), ou bien il y a une lésion ou une lacune dans la sphère morale; les sentiments égoïstes l'emportent sur les tendances altruistes, et les premiers sont excités et intenses; ou bien les tendances altruistes manquent plus ou moins complètement, c'est-à-dire qu'elles ne se manifestent pas (voy. *moral insanity*). L'acte peut, par suite, ressembler à un acte volontaire, ou à une manifestation réflexe d'un sentiment. L'état de la conscience est variable aussi; il varie de la lucidité à l'obnubilation délirante. Le souvenir de l'acte accompli est aussi très différent suivant les cas; tantôt il est très net, tantôt il est obscur; parfois il manque absolument, sans qu'on puisse expliquer cela par une absence de la conscience avant ou pendant l'acte impulsif; il se peut que cet acte soit oublié plus tard. A part les actes de la *moral insanity*, de l'idiot moral, il faut, dans les actes dits impulsifs de l'héréditaire, voir des actes pathologiquement *précipités*. (*a*) Ils sont dus à un sentiment subit d'oppression névralgique, accompagné souvent d'hallucinations; (*b*) ils se produisent comme des actes impulsifs dus à une disposition convulsive et inexplicable du moral; cette disposition, comparable au prurit, porte le malade à ne penser qu'à des choses effrayantes, et, avec le contraste de la douleur interne augmentée, dont il ne peut se débarrasser, elle arrive à produire l'acte réflexe violent; (*c*) ou bien ces actes sont déterminés par un tourbillon pénible de pensées, qui ne permet pas l'action de la réflexion et qui donne le besoin de l'acte réflexe. Certains besoins impulsifs, comme celui de voler, sont déterminés directement par la lésion cérébrale, psychique; mais nous ne connaissons d'ailleurs pas leur nature intime. Cette observation de Morel est intéressante pour montrer comment la vie cérébrale pathologique peut se traduire par un acte impulsif : l'épileptique tue autrement que l'hypochondriaque, et celui-ci autrement que l'alcoolique ou le paralytique (voy. plus loin).

Tant que la conscience reste conservée dans l'acte impulsif, cet acte, comme l'idée obsédante (mais à un point de vue psycho-moteur) s'accomplit avec toutes ces particularités caractéristiques : il se produit brusquement, ne se rattache à aucune logique, ou mieux à aucune volonté quand il éclate tout à coup dans la conscience, à laquelle il reste étranger. Enfin l'acte impulsif violent se produit sous la pression croissante des sensations pénibles qui accompagnent l'impulsion, sans que le malade soit mêlé, pour ainsi dire, à tout ce processus. Assez souvent le malade se sent poussé malgré lui par une force irrésistible; d'autres fois des exaltations sensorielles (lumières, feux, hallucinations impérieuses) accompagnent ces phénomènes.

Les impulsions les plus ordinaires et les plus importantes en médecine

légale sont : l'impulsion au vol, la pyromanie, l'impulsion au suicide et à l'homicide, et la dipsomanie périodique. Toutes ont ce caractère commun de reposer sur un tempérament névropathique (névroses congénitales, héréditaires, ou acquises et constitutionnelles, comme l'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie, les blessures de tête, les maladies cérébrales graves, paralysies, atrophie cérébrale post-hémorrhagique, l'alcoolisme). Les actes impulsifs se présentent comme des paroxysmes; ils peuvent succéder à un accès d'angoisse, à une attaque d'épilepsie, ou à des excès (ivresse); ou bien ils apparaissent périodiquement (dipsomanie).

Dans ce sens seulement, on peut dire qu'il existe une folie impulsive, c'est-à-dire qu'il faut admettre comme base de cette folie une lésion cérébrale de nature psychique plus étendue. Dans d'autres psychopathies, on rencontre encore, mais sous forme de phénomènes passagers, des actes impulsifs (folie cataméniale); mais ce n'est jamais un acte isolé survenant au milieu d'une santé intellectuelle intacte. On ne peut plus comprendre aujourd'hui les monomanies suicides ou homicides, la pyromanie, etc., comme un trouble partiel, consistant seulement en une tendance impulsive isolée. Sous cet acte de monomane, on retrouvera toujours des affections cérébropathiques plus générales (que nous avons mentionnées) toutes les fois que la nature pathologique de l'acte sera bien établie. Cette question est jugée en pratique; mais, en théorie, cette opinion n'est pas encore parfaitement justifiée, car ce problème subsiste toujours : pourquoi *cette* affection cérébrale choisit-elle, parmi toutes les impulsions, une seule forme d'impulsion, et qui revient toujours ? Pourquoi, par exemple, la kleptomanie est-elle si caractéristique de l'épilepsie et de la paralysie? Pourquoi la pyromanie est-elle si fréquente chez les alcooliques? Pourquoi l'impulsion suicide ou homicide est-elle si souvent observée chez les aliénés masturbateurs? Ici, certaines idiosyncrasies cérébrales semblent favoriser ces monomanies particulières.

a) L'*impulsion au vol* (kleptomanie) s'observe surtout à certains épisodes de l'épilepsie; elle précède très souvent l'excitation épileptique ou l'attaque. Le caractère impulsif de l'acte est très marqué. Le malade vole toujours dans les mêmes localités, et fait les tentatives les plus audacieuses, sans se soucier d'être découvert; de plus il vole, sans but, sans choix, tout ce qui lui tombe sous la main, des objets qu'il ne peut utiliser ou qui l'empêchent de s'enfuir, de sorte qu'il se fait prendre lui-même; il vole parce qu'il doit voler. Assez souvent il rejette, donne, ou détruit l'objet qu'il vient de dérober. L'idiot moral, au contraire, qui ignore les lois et le devoir, est poussé par un besoin convulsif à dérober ce qui lui fait envie. Il faut citer, à ce propos, ces malades qui avaient excité l'intérêt de Bergmann, et, antérieurement, de Gall; ils sont bien doués, ont recu une instruction et une éducation très soignées, et pourtant ils éprouvent un besoin irrésistible de dérober certains objets : des canifs, des porte-cigares, et cela seulement quand ils les ont sous les yeux. N'est-ce pas là une des idyosyncrasies caractérisant certaines organisations cérébrales, et dont nous avons parlé plus haut?

b) La *pyromanie* s'observe le plus fréquemment pendant les périodes d'exci-

tation des alcooliques et, chez les jeunes imbéciles, particulièrement au moment de la puberté (jeunes masturbateurs à constitution neurasthénique, jeunes filles au moment de la menstruation). Elle débute par une pensée obsédante ou par une hallucination impérieuse élémentaire (apparition brusque d'une flamme ; voix ordonnant de mettre le feu).

c) L'*impulsion homicide* ou *suicide* s'observe : 1° dans certaines névropathies graves de nature héréditaire, surtout quand l'hystérie est en jeu; 2° dans des névropathies acquises (surtout chez les masturbateurs). Elle succède souvent à des idées obsédantes (le poignard de Macbeth) : d'autres fois elle est déterminée par des perversions de sentiment. Dans ce dernier genre, l'observation rapportée par Marc est particulièrement célèbre : une servante éprouvait, chaque fois qu'elle déshabillait l'enfant confié à ses soins, le besoin impulsif de découper cette chair si blanche. Maudsley connaissait une dame de soixante-douze ans, héréditaire, qui éprouvait des impulsions paroxystiques à étrangler sa fille, qu'elle chérissait cependant ; dans les intervalles de ces paroxysmes, elle tombait dans un état de dépression et de désespoir, en songeant à cette impulsion dont elle comprenait toute l'horreur. Dans certains cas de dépression mélancolique avec neurasthénie (irritation spinale), un sentiment douloureux, aigu, revient périodiquement et produit une impulsion homicide, la conscience subissant une éclipse souvent complète (raptus neuralgicus). D'ordinaire cette impulsion repose sur un délire, le plus souvent un délire religieux ou de persécution. L'*impulsion au suicide* est surtout fréquente dans la mélancolie, le délire des persécutions (chez des héréditaires, ou des individus à constitution névropathique) et dans la folie cataméniale ; tous les moyens sont bons pour le malade : pour se tuer, il ne les choisit ni ne les discute. Assez souvent il oublie sa tentative, ou n'en conserve qu'un souvenir sommaire ; d'autres fois il paraît tout à fait inoffensif avant et après ; ou bien cet acte violent éclate tout à coup, après avoir été sourdement préparé ; pendant cette période, le malade présente une physionomie qui doit avertir ceux qui le soignent : il n'écoute rien, ni avis ni prières, et son esprit ne peut être détourné de l'objet auquel il est fixé. Dès qu'il croit échapper à la surveillance, il s'agite, ses yeux brillent, il bondit comme une bête sauvage, et cherche à s'échapper pour accomplir son funeste dessein. Parfois les malades s'agitent ainsi devant tous ceux qui les entourent, et quand on les arrête ils opposent une résistance furieuse. Souvent ils se mordent l'avant-bras, s'arrachent des lambeaux de chair ; d'autres cherchent à se pendre à tous les clous qu'ils peuvent découvrir, à se noyer dans une baignoire remplie d'eau, à se précipiter par une fenêtre, à se briser la tête ; ils avalent des fragments de verre et d'assiettes, des pierres, des aiguilles, des clefs, des chiffons ; s'efforcent de se jeter dans le feu, s'élancent sous les roues d'une voiture ou d'un train qui passe, etc...

d) La *dipsomanie* s'observe dans une série de psychoses hystériques, hypochondriaques, neurasthéniques et périodiques. Chez la femme, la grossesse et la ménopause sont des causes prédisposantes. Suivant ces causes différentes, l'époque de l'apparition et la forme clinique diffèrent. Tandis que, dans les névroses constitutionnelles, les accès sont séparés par

des intervalles plus ou moins longs, dans les psychoses périodiques ils reparaissent avec la régularité de ces psychopathies. Très souvent ils coïncident avec les règles (voir plus haut). Ils constituent très souvent aussi le prodrome d'une phase maniaque (périodique). Dans les constitutions neurasthéniques, ce sont des sentiments intolérables de malaise qui arrivent enfin à déterminer l'accès dipsomaniaque; souvent ce sont des douleurs violentes qui le précèdent (douleurs de dents). Le malade, qui jusqu'alors était très sobre et avait même une répulsion violente pour les liqueurs fortes, tombe tout à coup dans un état d'excitation psychique ou nerveuse; il ressent une angoisso qui l'agite, ou des palpitations, une constriction de la tête; son appétit disparaît; le sommeil est plus agité, l'humeur déprimée par l'angoisse ou extraordinairement excitable; parfois s'observent les symptômes bien marqués d'une névrose du sympathique (modifications des pupilles). Bientôt il se met à boire, sans arriver jamais à la satiété (de plus, la résistance du cerveau à l'intoxication alcoolique est amoindrie); le malade boit jusqu'à ce qu'il tombe dans l'ivresse la plus profonde; puis il dort souvent pendant un ou deux jours; après cette période de sommeil, il est dans un état d'hébétude, et souffre de troubles gastriques suites de ses excès; psychiquement, on observe une dépression morale, des remords amers et un sincère dégoût de la débauche à laquelle il s'est livré. Cette affection finit par déterminer l'alcoolisme chronique, et des accès aigus de *delirium tremens;* ou bien elle évolue comme les manies périodiques dont elle faisait partie. Les périodes lucides du début sont plus tard remplacées par un état d'angoisse et d'épouvante tout particulier, avec dépression et indécision. (J'ai observé un cas intéressant où l'accès revenait régulièrement toutes les quatre semaines chez un jeune homme qui n'était pas un héréditaire, mais qu'une existence malheureuse avait poussé à s'enivrer; un délire vague des persécutions se produisait à côté des symptômes nerveux; de plus des hémorrhoïdes apparaissaient; un mucus analogue à du frai de grenouille s'écoulait par l'anus, et la sueur coulait à grosses gouttes sur le front du malade. Quand l'excitation commençait, l'écoulement de mucus prenait fin; alors le malade s'enivrait pendant plusieurs jours, avec une rage absurde et croissante; puis, pendant quatre semaines, il restait sobre et bien portant. D'ordinaire c'était le dimanche que ce cycle commençait). Dans certains cas de *moral insanity*, on observe aussi des excès de boisson qui ne sont pas périodiques, en forme d'accès, mais qui ont lieu seulement quand les malades, dépourvus de toute énergie morale, trouvent l'occasion de boire; alors ils boivent sans réflexion, tant qu'ils ont de l'argent ou tant qu'ils ont de l'alcool à leur portée. Ces malades sont de véritables ivrognes, des buveurs habituels; ils sont *devenus*, ou bien ils sont, *ab ovo*, des individus moralement affaiblis, et par conséquent doivent être séparés des dipsomanes vrais, dont les excès sont causés par des obsessions, suites de leur tare organique.

e) *Érotomanie.* Le besoin sexuel pathologique peut être simplement augmenté (coït normal ou masturbation); ou bien il est perverti (viol, bestialité, viol de cadavres, sodomie et pédérastie; saphisme; inversion du sens génital). De même que les autres impulsions dont nous avons

parlé, l'érotomanie peut être un phénomène d'une psychopathie déjà existante ou en voie de développement, par exemple dans la manie, la mélancolie active (besoin irrésistible de se masturber ou de violer des cadavres); dans le délire des persécutions spinal, dans la démence, surtout dans l'idiotie et la paralysie. Mais ce besoin sexuel pathologique peut représenter un phénomène psychopathique plus isolé, et être le symptôme d'un état constitutionnel, acquis ou congénital, caractérisé par des lacunes morales (nymphomanie, satyriasis, ou telle autre des perversions citées plus haut). Cette impulsion peut se présenter *périodiquement* (très souvent, avant ou après les règles; ou bien elle est plus irrégulière : pédérastie, flagellation, nécrophilie périodiques), ou bien elle est *permanente;* c'est une excitation sensuelle légère et continue, qui détermine bientôt la permanence d'idées et de sentiments cyniques, ou prend la forme d'une idée obsédante, de sorte que les idées religieuses elles-mêmes ne peuvent se séparer de l'idée du coït. Chez les natures plus élevées, ces idées d'obsession, qui souvent débutent au moment de la puberté, déterminent souvent, comme réaction, des mélancolies graves; quand il existe une disposition psychique convulsive, il se produit certaines formes de la maladie du doute. L'érotomanie est un caractère psychopathique fréquent dans les tempéraments hystériques, parfois chez les jeunes filles (amourettes continuelles dont on ne peut les corriger; souvent, besoin impérieux de rechercher les hommes; même, elles font des propositions cyniques et se livrent à un individu quelconque). Il existe aussi une faiblesse intellectuelle plus ou moins marquée, et qui présente peu de particularités notables; dans d'autres cas, qu'il est très important de connaître au point de vue social et médico-légal, l'intelligence est réellement intacte quant à sa qualité, mais elle présente (comme pour les sentiments) une augmentation caractéristique de l'excitabilité, et une faiblesse telle, qu'elle subit la moindre impression. En d'autres termes, il s'agit d'hystériques ou d'héréditaires, mais avec *moral insanity* et excitabilité. On peut assez souvent trouver des affections des organes génitaux (de l'ovaire, du testicule; hyperesthésie du vagin ou des organes génitaux externes; lésions utérines. Tarnowsky, *l. c.*, p. 134). L'érotomanie peut être *acquise* et faire son apparition dans des états neurasthéniques ou psychopathiques consécutifs à des excès sexuels, en même temps qu'il y a affaiblissement moral, suite naturelle de l'orgie et de la débauche. Cependant certaines prédispositions originaires semblent aussi jouer un rôle. L'inversion du sens génital sera décrite plus loin, dans un paragraphe spécial.

Parmi les idées obsédantes qui déterminent un vertige, il faut citer d'abord la peur des espaces, l'*agoraphobie*, si fréquente chez les névropathes; c'est l'idée obsédante qu'on ne peut traverser une place, ou qu'il faut pour cela être accompagné, et cette idée produit une angoisse croissante. La même idée de vertige se produit aussi dans une vaste nef d'église, dans de grandes salles ou dans une foule; en général, elle s'annonce par une sensation de chaleur qui part de l'abdomen pour monter jusqu'à la tête; souvent le cœur bat avec violence, la figure se couvre d'une sueur froide, la tête est fortement penchée de côté, tout le corps est secoué d'un tremblement, et le malade ressent une terreur qui anéantit sa conscience et qui

enfin le paralyse. Parfois une impression sensorielle brusque, la vue ou la simple pensée d'une vaste perspective, le sentiment de la solitude, ou le sentiment déprimant d'une perplexité soudaine, peuvent déterminer le vertige psychique, qui se traduit par un tremblement musculaire et même par la perte complète du sens musculaire. Il est intéressant de savoir que des rues étroites peuvent aussi donner lieu à cette angoisse, quand plusieurs personnes se dirigent en même temps du côté du malade. Dans tous les cas, l'agoraphobie est favorisée par un éclairage intense (soleil); pendant la nuit, elle ne se produit pas.

5° Parmi les *symptômes qui accompagnent* les idées obsédantes, il faut citer les troubles vaso-moteurs et sensibles, de caractère général, dont l'ensemble constitue ce que nous appelons l'état nerveux et la symptomatologie variée de l'irritation spinale. — Ce sont surtout des phénomènes douloureux (oppression précordiale et pesanteur de la tête); puis des troubles circulatoires (irrégularités des battements du cœur, palpitations, dyspnée), des sensations pénibles dans le dos et dans les membres, de la congestion vaso-motrice, ou au contraire une sensation de froid. Les appétits sexuels sont parfois augmentés; dans d'autres cas, ils disparaissent pendant le paroxysme, et leur réapparition annonce au malade la fin de son accès. Dans l'intervalle des crises, le malade est anémié, parfois atteint de troubles trophiques (amaigrissement, ou au contraire embonpoint très marqué); le début de ces crises est souvent annoncé par une grande lassitude, un manque d'appétit et de la dyspepsie nerveuse; ces phénomènes se continuent souvent pendant le paroxysme et peuvent même se prolonger pendant des mois. L'insomnie est opiniâtre. Dans une de mes observations, une période de bâillements violents était suivie d'une diminution de l'intensité de l'idée obsédante. La constipation n'est pas rare. Chez les femmes, on observe parfois une métrite chronique avec ulcérations et leucorrhée, et, si l'on améliore cette affection locale, on améliore en même temps l'affection psychique; dans la majorité des cas, les règles produisent une aggravation passagère.

Inversion du sens génital (Westphal). — Par cette dénomination, on désigne une anomalie du sens génital, qui trouve son unique satisfaction, sa satisfaction *naturelle*, dans l'amour de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme. C'est un amour idéal, ou bien une perversité physique (attouchements obscènes, onanisme réciproque, plus rarement sodomie); d'habitude, l'amour idéal et les habitudes vicieuses se combinent. Cette impulsion sexuelle est impérieuse, supérieure au besoin normal; elle remplit les sens et la pensée du malade, de sorte qu'il est malheureux, souvent dans un état véritable de mélancolie, jusqu'à ce qu'il ait trouvé l'objet de ses vœux, ou qu'il l'ait retrouvé, après en avoir été séparé. Plusieurs de ces malades savent qu'ils sont anormaux; mais ils ne peuvent pas ne pas tenir compte de ce besoin; d'autres estiment qu'il est naturel, et ils se tourmentent de voir considérer par les autres hommes comme un crime digne de punition, un besoin invincible qu'ils ont toujours ressenti, et dont la satisfaction les rend heureux, tandis que la privation de ces plaisirs les désespère. — Ils sont, vis-à-vis de l'autre sexe, froids et indif-

férents; ils ne peuvent accomplir le coït, ne peuvent avoir d'érection qu'en pensant à un homme, dont la beauté est désirée par leur appétit sexuel perverti. L'éjaculation, dans le coït, ne s'accompagne pas de jouissance, ou cette jouissance ne saurait être comparée à celle que leur procure l'onanisme; le commerce d'homme à homme leur donne, au contraire, une jouissance psychique extraordinaire, et, physiquement, ils se trouvent alors satisfaits et plus forts. Dans une de mes observations, le plaisir et l'éjaculation manquaient absolument dans le coït avec une femme, tandis que la pensée de l'objet aimé suffisait pour déterminer chez cet homme une pollution, et une satisfaction génésique complète.

Parfois l'idée devient une réelle hallucination; le malade voit un beau visage d'homme, ou l'image plus grossière d'organes génitaux; cette hallucination reste pendant des jours devant ses yeux. Le sommeil est souvent perdu jusqu'à ce que le besoin impérieux soit satisfait par l'onanisme; le malade alors prend tantôt le rôle d'homme, tantôt celui de la femme; mais son imagination lui représente toujours le coït entre deux individus de même sexe. Pendant toute leur activité génitale, beaucoup de malades ont ainsi des pollutions provoquées, ou involontaires et survenant pendant le rêve (plusieurs fois par nuit); le rêve est toujours conforme aux aspirations perverties du malade. L'intelligence est souvent bien conservée, parfois très développée; dans leur profession, ces individus, souvent même investis de charges élevées, remplissent tous les devoirs de leur situation; quelques-uns même font un mariage de raison, qui, naturellement, leur est à charge. Ils vivent ainsi, en conservant leur perversion insurmontable, craignant toujours d'être frappés par les lois, dont les ordres ne peuvent être acceptés par leur nature particulière, et qu'ils trouvent injustes et cruelles. Cette lutte terrible entre les devoirs sociaux, la crainte de la honte et leur secret penchant conduit souvent ces malheureux au suicide. Un tel dégénéré peut paraître tout à fait normal dans sa conduite et dans ses allures, et quiconque ne connaît pas son secret ne peut avoir aucun soupçon sur cette perversion profonde. L'habitus extérieur est celui d'un homme bien développé, de voix et de tenue normales; il a une apparence tout à fait virile, et le développement du système pileux est complet. Chez d'autres, cependant, le caractère est nettement féminin; dans l'enfance, ils jouent volontiers à la poupée; dans l'adolescence et dans l'âge adulte, ils gardent une préférence pour les travaux manuels des femmes, la cuisine, la broderie, ils ont les mêmes goûts (modes, toilette). Ils ont des sentiments féminins, et se sentent eux-mêmes plutôt femmes qu'hommes; ils sont disposés à une sensiblerie qui se manifeste pour la cause la plus futile (pièces de théâtre) et leur fait verser des larmes. Dans un autre groupe, l'habitus extérieur est plus manifestement féminin; la conformation de la poitrine est féminine, la voix est aiguë, la barbe rare, et le pubis très développé; souvent la toilette est en harmonie avec cet aspect; ils sont coquets et recherchent les vêtements très ornés; parfois même, ils portent des corsets et des robes. A ces degrés élevés de la perversion sexuelle, l'intelligence est aussi plus atteinte; on trouve tous les degrés de l'affaiblissement psychique, avec *moral insanity* (tendances cyni-

ques, attaques puériles contre tout ce qui est moral ou religieux; explications philosophiques ridicules à ce sujet).

Un certain nombre d'aliénés héréditaires à délire systématisé rentrent dans ce dernier groupe; s'ils trouvent l'objet de leur amour, ils vivent avec lui dans un accord mutuel et dans une union intime, même quand ceux qu'ils aiment appartiennent, comme ils le disent eux-mêmes, à la classe des gens raisonnables. Ils s'exaltent et composent des vers; ils appellent la mort lorsque leurs relations sont rompues; ils s'abandonnent à des transports furieux, s'ils ont un motif de jalousie. D'autres recherchent seulement les sodomistes de profession, et, surpris ou dénoncés, sont frappés par les lois. — *Physiquement*, on trouve toujours chez ces individus une prédisposition névropathique; ces troubles ne sont jamais observés chez des gens parfaitement sains. Dans la grande majorité des cas observés, la tare héréditaire est bien caractérisée, et la neurasthénie peut être démontrée dès les premières années de la vie (irritation spinale; tendance aux congestions; résistance moindre à l'alcool, énergie nerveuse très variable; ou dépression temporaire avec excitabilité et tendances impulsives). Ces individus ont souvent le regard du névropathe, vague et languissant. Après un coït normal, ils se trouvent affaiblis et dégoûtés, tandis que la satisfaction perverse à laquelle ils ont recours les laisse reposés et plus forts (voy. plus haut); d'après les aveux qui leur échappent parfois, ils apprennent ainsi quel est leur véritable besoin sexuel. Dans les cas héréditaires, on ne constate pas d'anomalies des organes génitaux externes (parfois il y a cryptorchidie); seulement cette fonction est anormalement excitée (priapisme, éjaculation précipitée). — L'inversion du sens génital est presque toujours de nature héréditaire; elle représente un des symptômes psychopathiques de la névrose héréditaire. Elle est assez fréquemment accompagnée de signes très nets de dégénérescence. Cette perversion s'éveille d'ordinaire à l'époque de la puberté; auparavant les malades se masturbaient avec frénésie, ou s'attachaient aux pas de leurs camarades, se pressaient contre eux, les embrassaient, cherchaient à les voir nus, ou les épiaient pour apercevoir leurs organes génitaux. Cette perversion peut être *acquise* et s'observer dans le cours des psychopathies constitutionnelles, le délire systématisé hystérique et héréditaire et la folie épileptique (voy. ce mot); elle est alors durable ou passagère (époques menstruelles). Dans un cas de perversion acquise, où le malade, un jeune homme, était arrivé à s'habiller comme une femme (coiffure féminine, poitrine artificiellement rebondie), j'ai trouvé à l'autopsie une atrophie des testicules; pendant des années, l'onanisme avait précédé cette inversion du sens génital.

Cette anomalie, qui est souvent le signe le plus marquant d'une disposition nerveuse et psychique défectueuse, est du plus haut intérêt en *médecine légale*. Il ne s'agit pas d'excuser ces aberrations répugnantes et cyniques; mais les malheureux qui sont *véritablement* atteints de cette perversion sexuelle doivent être protégés de la rigueur des lois par ces observations scientifiques. Les efforts de Krafft-Ebing, pour obtenir la modification de l'article 175 de nos lois, et pour le rendre conforme à l'état

actuel de la science, méritent d'être pris en grande considération (voy. *Jarhb. f. Psych.*, 1885, vol. VI).

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement ne peut atteindre directement les idées obsédantes, il ne peut naturellement être que symptomatique et indirect. Avant tout, il faut combattre la neurasthénie d'après les indications, et suivant les cas individuels; il faut tenir compte, c'est là le point important, de tous les troubles psychiques et physiques, même les plus légers (état gastrique, troubles des fonctions génitales, pollutions, névralgies, anémie, états congestifs). Souvent c'est par ce moyen qu'on arrive enfin à rendre plus normale la vie intellectuelle et cérébrale. Chez les femmes, le traitement des maladies utérines produit souvent de remarquables succès. La seconde indication, très importante aussi, est le traitement psychique ; il faut d'abord inspirer au malade du courage et de la confiance ; il sera tranquillisé quand on lui assurera que cette pénible affection, comme la maladie du doute et du toucher, procède par accès, que la nature elle-même interrompt par des intervalles de repos durant des années. Contre les idées obsédantes et perverses, contre l'état vertigineux de l'intelligence, il faut lutter prudemment, si l'on ne veut se trouver désarmé devant la dialectique du malade ; il convient aussi de ne pas favoriser sa tendance à discuter, mais de l'assurer brièvement que l'amélioration se produira. Beaucoup de malades acceptent le conseil qu'on leur donne de ne pas s'épouvanter de ce tournoiement de la pensée, de laisser passer tout cela, en songeant qu'ils finiront par en triompher ; et ils se trouvent bien de ce conseil. Si l'on peut les intéresser à un travail qui les distraira, on aura gagné un grand point. Le traitement doit être aidé de l'administration de morphine, d'opium, de bromures, de quinine, de valérianate de zinc; ces remèdes peuvent être donnés d'une manière continue et méthodique, ou pendant les crises seulement, et, alors, à doses plus élevées. On peut administrer contre l'insomnie de la paraldéhyde. Un traitement hydrothérapique prudent agit également bien, pour tonifier à la fois l'esprit et le corps; il en est de même des voyages, pendant lesquels le malade sera l'objet d'une surveillance bien comprise (séjour sur les montagnes; air de la mer).

Le *délire processif* (voy. plus loin) nécessite l'internement, et il ne faut pas hésiter à y recourir.

B. — DÉVELOPPEMENT ET MARCHE DE LA NÉVROSE HÉRÉDITAIRE.

Appendice : Troubles psychiques transitoires.

En clinique, le tempérament héréditaire présente les caractères suivants ; au point de vue *cérébral*, l'excitabilité psychique est accrue, l'imagination est prédominante, et le délire éclate facilement ; au point de vue *spinal*, c'est une aptitude plus grande à l'excitation, une sensibilité exagérée ; l'impulsion cérébrale irradie d'une manière anormale, et produit une excitation anormalement durable ; du côté des *sens*, c'est une tendance hyperesthésique allant jusqu'à l'hallucination ; les vasomoteurs participent aux excitations psychiques (passions) et aux excitations physiques (intolérance vis-à-vis de l'alcool) avec une énergie plus grande. De tous ces caractères, résulte l'habitus psychique, qui se compose d'une hyperexcitabilité accompagnée de faiblesse : au point de vue *émotif*, on remarque une sensibilité et une excitabilité pathologiques (sympathies et antipathies), une humeur inconstante passant de l'indifférence à la sensibilité excessive et dirigée par les moindres impressions nerveuses ; du côté de l'*intelligence*, c'est une désharmonie des différentes forces, avec tendance aux idées obsédantes ; au point de vue *psycho-moteur*, c'est un élan exagéré à côté d'une volonté affaiblie, un enthousiasme excessif et qui ne dure pas, ou bien une dépression considérable. D'une façon générale, on peut caractériser l'affection comme étant une disposition et un développement du caractère contradictoires, défectueux ou désharmonisés.

Tous ces individus sont malades *ab ovo*, toutes ces existences sont d'une nature spéciale et anormale. Le développement de l'intelligence et du corps est défectueux et non parallèle ; quant à la terminaison, c'est une mort prématurée de l'intelligence (*dementia precox*) ou un trouble mental durable, à physionomie et à marche particulières.

SYMPTOMES ET MARCHE.

L'enfance de ces héréditaires présente déjà des traits caractéristiques ; ces enfants sont excitables, coléreux, souvent même leur colère dégénère en actes convulsifs ; ils sont capricieux dans leurs idées et dans leur humeur ; ils recherchent l'isolement et la rêverie. Rarement ils possèdent une gaieté véritable ; tout au plus abandonnent-ils, de temps en temps, leur réserve morose ; on dirait que les douleurs qui les attendent pèsent déjà sur eux. Souvent, ils sont maladifs ; leur dentition s'accompagne de convulsions, et ils délirent à propos de la plus légère affection fébrile. Du bonheur sans nuage des enfants,

des joies familiales, ils ne connaissent ordinairement rien. Plusieurs manifestent de l'indifférence et même de l'aversion pour leurs parents, pour leurs sœurs ou leurs frères. Leur développement intellectuel est prématuré; l'absence de jeunesse est rendue plus remarquable par leur tranquillité, leur sagesse de vieillards. D'autres, au contraire, sont des enfants attardés, et répondent mal aux soins de leurs maîtres; ils apprennent difficilement, et dans leurs devoirs, ils sont toujours pédants et prétentieux à l'excès; ils deviennent perplexes et incapables de continuer leur travail si on les interrompt dans leur œuvre pénible et laborieuse. Presque toujours, il existe une inégalité manifeste entre leurs différentes facultés; un enfant bien doué pour l'étude des langues sera incapable d'apprendre les mathématiques ou l'histoire naturelle; ils comprennent difficilement et sont d'une distraction incorrigible. Ils passent de l'assiduité à la paresse, ce qui s'explique par des oscillations de l'énergie intellectuelle alternant avec une fatigue nerveuse; mais leur assiduité passagère est rarement récompensée par un profit réel. Leur instruction manque toujours d'harmonie, et l'effort intellectuel n'est pas suffisant; les notions acquises manquent d'un lien intellectuel; leur mémoire est rapide, mais ils oublient très vite aussi. Dès leurs jeunes années, ils laissent voir de l'excitation sensuelle; souvent ce sont des sensations voluptueuses spontanées, ou bien ils trouvent un attrait dans les châtiments corporels (des enfants de neuf ans ont des érections quand on les frappe de verges). Ils sont obsédés de pensées ordinairement de nature terrifiante, ou de remords ayant trait à des événements de famille, et même d'idées de suicide (parfois même on observe des tentatives sérieuses de suicide). Ce sont de précoces masturbateurs. Dès cette époque peuvent se produire des épisodes de folie véritable (idées obsédantes dépressives); dans d'autres cas, le délire n'éclate pas avant la puberté. Beaucoup d'héréditaires sombrent à ce premier écueil; les uns tombent dans l'hébéphrénie (voy. ce mot), les autres dans la *démence aiguë précoce.*

Leur profession ne les intéresse plus, ils quittent sans motif la position qu'ils occupaient; ils passent leur existence dans l'oisiveté, se promènent et fument pendant tout le jour; ils sont distraits, négligents, capricieux, et leur rire sans motif produit une impression désagréable. En particulier, ils s'occupent des études les plus bizarres; à peine adolescents, ils lisent des traités d'accouchement ou de médecine mentale, des livres de droit et de politique, des traités de philosophie; leur jugement est nul, et pourtant ils expliquent tout avec une insolente fatuité, sont contents d'eux-mêmes, et leurs railleries n'épargnent rien. Un culte niais de soi-même, reposant sur des idées ambitieuses non raisonnées, se manifeste dès cette époque; ils ont une attitude majestueuse et des allures affectées. Les sentiments de piété

disparaissent; ils veulent toujours avoir raison, s'emportent quand on les contredit, et cet état s'exagère périodiquement. Ils deviennent violents; des idées absurdes de grandeurs et de persécutions apparaissent par éclairs; au début, ces idées sont confuses, mais peu à peu elles s'organisent pour former un délire systématisé complet. L'activité intellectuelle subit parfois, en une seule année, une diminution considérable; ces jeunes gens, qui autrefois donnaient de grandes espérances, peuvent à peine remplir le rôle de copistes.

Beaucoup de ces malades sont conduits dans des maisons de santé ou des asiles, à la suite d'actes impulsifs criminels (tentatives d'incendie), qui ont fait connaître leur état intellectuel véritable. Souvent, à la puberté, le tempérament héréditaire devient de l'hystérie ou de la mélancolie hypochondriaque; cette nouvelle phase n'est que le fruit du germe héréditaire. Certains hypochondriaques, à peine sortis de l'enfance, consultent tous les médecins, visitent chaque été une station thermale nouvelle, et ne sont jamais guéris. Dans la forme la plus grave de l'hérédité, avec dégénérescence morale, la puberté met en lumière la méchanceté instinctive de ces malades (voy. *Moral insanity*).

Peu d'héréditaires peuvent doubler ce premier écueil; mais d'autres écueils apparaissent ensuite, qui ne sont pas moins dangereux. La lutte pour l'existence éclaircit les rangs de ces individus psychiquement affaiblis; quand ils essayent de remplir un emploi, leur insuffisance éclate. Ils n'ont pas de persévérance, partant ils sont insuffisants, et ils essayent inutilement de tout. Mécontents et méfiants, par suite de leurs insuccès perpétuels, ils croient trop souvent qu'on leur a fait tort, qu'ils ont souffert des injustices, et ils s'acheminent ainsi vers le délire des persécutions. D'autres (masturbateurs) tombent dans un délire systématisé érotique. La plupart, fatigués de leurs efforts inutiles, deviennent des vagabonds jusqu'au moment où, après avoir erré de tous côtés et avoir subi une foule de condamnations, ils échouent dans les asiles. Quelques-uns deviennent des originaux et des misanthropes, parfois inoffensifs, et passant sans bruit des idées ambitieuses au délire systématisé héréditaire, qui vient terminer leur existence intellectuelle. Beaucoup tombent dans un délire des persécutions avec une amère misanthropie, et mènent la vie la plus bizarre, en se privant de tout: ils ne changent pas de chemise pendant toute une année, restent dans la saleté et l'ordure jusqu'à ce qu'enfin ils soient sauvés par leur transfert dans un asile; alors ils se relèvent parfois, sous l'influence de la discipline, de leur abaissement moral qui, quelquefois, coïncide avec une acuité surprenante de l'intelligence; mais ce relèvement est rarement durable, et n'est le plus souvent qu'apparent. Ils restent au fond des incomplets au point

de vue moral, deviennent des égoïstes endurcis, soit comme hypochondriaques, soit comme candidats au délire du toucher (voy. ce mot) avec idées obsédantes.

Le plus souvent, le séjour dans un asile ne peut plus leur être utile; la faiblesse psychique devient de plus en plus marquée, c'est un affaiblissement de la volonté et du moral, puis, peu à peu, des facultés intellectuelles. Renfermés en eux-mêmes, fuyant toute société, incapables de se conformer au milieu social où ils devraient vivre, indécis, ayant toujours besoin d'une direction, conservant seulement une mémoire à peu près normale et se souvenant des idées autrefois acquises, ayant parfois aussi des erreurs des sens, des idées de grandeur et de persécution, ils arrivent lentement à une léthargie intellectuelle et morale; cet état se traduit extérieurement par une attitude affaissée et courbée.

D'autres malades passent par toutes sortes de formes, qui présentent toutes le caractère de leur affection spéciale; mais souvent aussi les caractères cliniques manquent de netteté, et le cas pathologique prend toutes les formes et les apparences les plus variées.

Si la folie héréditaire revêt ordinairement les formes mélancolique et maniaque, l'observateur attentif y constate des caractères cliniques spéciaux; ainsi, dans la mélancolie héréditaire, il existe très souvent une disproportion entre les sentiments et les actes, tandis que, dans les mélancolies franches, le développement est parallèle; chez l'héréditaire l'élément émotif est faible, en même temps qu'il se produit des impulsions intenses au suicide. La manie héréditaire présente aussi un affaiblissement intellectuel primitif: le trouble intellectuel est jusqu'à un certain point étranger à la personnalité du malade, et, même quand la marche est relativement calme, on constate une désharmonie psychique toute particulière. De plus elle devient, avec une rapidité extraordinaire, une manie grave, c'est-à-dire que les mouvements maniaques présentent le caractère réflexe, et que la confusion intellectuelle devient rapidement absolue, tandis que dans la manie franche c'est une simple fuite des idées. Très souvent, on trouve à la fois des signes de mélancolie et de manie qui se combinent de façon si variée et si brusque, qu'on ne peut arriver à déterminer la forme.

De plus, sous la mélancolie et la manie héréditaires, différents délires se produisent brusquement et sans préparation; ils sont mobiles, changeants et passagers; les idées sont excentriques, illogiques, sans rapports entre elles, se contredisent et ne concordent même pas avec la forme de la maladie (ainsi des idées de grandeur éclatent brusquement au milieu d'un délire mélancolique micromaniaque). Les types cliniques sont rarement bien caractérisés; on y retrouve l'instabilité native de l'intelligence des héréditaires (tendance aux idées obsédantes, échafaudage romanesque d'idées favorites; tendance aux mouvements impulsifs; perversion des sentiments, actes impulsifs; en même temps, conservation remarquable, bien qu'incomplète, de l'intelligence). Enfin, un dernier trait caractéristique est l'apparition précoce de ces états psychopathiques, souvent combinés (deux et plu-

sieurs paroxysmes maniaques pendant le même accès), et qui parfois reparaissent *périodiquement*, pour arriver progressivement à la guérison ; ces phénomènes se produisent sans cause extérieure ou pour la cause la plus légère.

Il faut, en résumé, comparer la physionomie clinique générale de la folie héréditaire aux psychoses des cerveaux valides. Les traits caractéristiques sont le polymorphisme de la marche, la brusquerie du début et de la terminaison, aussi bien pour l'ensemble du paroxysme que comme passage brusque d'une phase à l'autre pendant l'accès; souvent ces phases sont incomplètes et fragmentaires. Le paroxysme s'éteint le plus souvent, mais la récidive est à craindre. Parfois la marche est nettement périodique, rémittente ou intermittente, durable ou passagère, et se continue par un affaiblissement psychique progressif.

Les héréditaires (hommes) arrivés à l'âge de trente ans, sont développés physiquement, mais souvent n'ont pas atteint la moindre maturité de caractère; leur croissance psychique a été arrêtée ; ils n'ont pas de sentiments virils ; ils ne sont ni hommes ni femmes, conservent toujours des scrupules et des angoisses qu'on ne voit ordinairement que chez les femmes ; ils s'intéressent à tout ce qui est féminin, mais non à la femme elle-même. Très disposés aux idées obsédantes, qui souvent les poursuivent depuis leur enfance, ils passent de la mélancolie, avec dégoût de l'existence, aux dispositions les plus opposées ; chaque émotion les anéantit. Intellectuellement, ils sont incapables de perfectionner ou d'utiliser leurs connaissances, car tout effort intellectuel produit une crise neurasthénique.

L'âge moyen de la vie est dangereux pour les héréditaires, parce que la lutte pour l'existence les fatigue plus que tout autre, leur résistance intellectuelle étant amoindrie ; pour les femmes, la puerpéralité est un danger particulièrement menaçant (mélancolie, délire systématisé aigu, délire aigu). Les hommes faits ont à craindre la paralysie générale et l'épuisement cérébral succédant parfois aux excentricités de leur existence, qui est à la merci de tous les événements sociaux ou politiques ; mais souvent aussi, sans accident spécial, cette maladie apparaît comme *senium precox*, résultat de la tare héréditaire. On voit très fréquemment aussi à cet âge se développer un délire systématisé chronique.

Dépourvus de tout esprit pratique, ne tenant aucun compte de leurs forces intellectuelles ni de leurs ressources, gaspillant en efforts ridicules le trésor de leur énergie, n'ayant aucun but sérieux, vaniteux, ils sont incapables de lutter contre les inéluctables nécessités de la réalité. Ces individus ne vivant que par le sentiment, la réalité brutale les blesse, et ils expliquent leurs déboires par une persécution qu'ils ne tardent pas à imaginer; cette évolution se fait pas à pas ou dans un seul accès. Leur délire peut être un délire des persécutions simple, ou prendre une forme expansive (voy. *Délire systématisé des héréditaires*) et se termine bientôt par la démence et la confusion intellectuelle.

Dans d'autres cas, c'est la folie du doute qu'on observe encore, ou le délire systématisé des processifs. Les folies périodiques et circulaires représentent plus fréquemment encore, à cette époque de la vie, le développement de la névrose héréditaire.

Enfin la ménopause et la sénilité sont aussi des moments favorables au développement ou plutôt à la terminaison de cette névrose héréditaire. Les phases involutives du cerveau sont des phases d'évolution de ce germe morbide. Ici encore c'est la maladie du doute qui occupe le premier plan ; ou bien la névrose prend la forme d'une dépression hypochondriaque, d'une mélancolie avec impulsions, ou d'un délire systématisé avec dépression ou exaltation. Enfin, dans un dernier groupe, l'existence du cerveau héréditairement invalide est terminée par des cérébropathies précoces (apoplexie, etc.).

Ajoutons une observation clinique importante au point de vue du développement et de la marche : si les psychoses nées de la névrose héréditaire présentent des caractères spéciaux et une marche particulière, et forment un groupe à part, on retrouve d'autre part ces mêmes caractères dans d'autres psychoses constitutionnelles et dans des affections cérébrales et psychiques, qui n'ont pas une origine héréditaire mais qui sont *acquises* (à la suite d'excès sexuels, de cachexie, d'anémie grave, de fièvre typhoïde, d'alcoolisme, de blessures de tête); c'est l'anamnèse qui permettra de faire le diagnostic différentiel, en révélant les tares héréditaires.

Je placerai ici la description des *troubles psychiques transitoires.*

MANIE TRANSITOIRE.

Bibliographie. — Krafft-Ebing, *Mania transitoria* (Monogr.)., 1865. — Du même, *Troubles transitoires de la conscience*, 1858. — Du même, *Irrenfreund*, 1871. — Schwartzer, *Fureur transitoire* (Monogr.), 1878. — Pick, *Prager med. Voch.*, 1879. — Netolitzki, *Ibid.* — Mendel, *Loc. cit.* — Tamassia, *Riv. sperim.*, 1880. — Kiernan, *Journal of ment. sc.*, 1880. — Reich, *Berl. klin. Voch.*, 1881. — **Psychoses neurasthéniques transitoires** : Krafft-Ebing, *Irrenfreund*, 1883. —Engelhorn, *Erlenmeyer's Centralbl.*, 1881.

La manie transitoire se développe très souvent, mais non toujours, sur un terrain héréditaire, et présente certains traits du délire héréditaire, en particulier la brusquerie du début et de la terminaison. Cette particularité de la marche est très caractéristique dans ce groupe des psychoses transitoires ; le début n'est pas seulement brusque, il est *instantané;* la maladie arrive à son acmé sans passer par une période de prodrômes, ni même de développement. Dans la manie transitoire, qui est le type de ces affections, le malade se trouve aussitôt à l'apogée de la confusion intellectuelle, de la fureur et de l'agitation motrice. La terminaison est le plus souvent très brusque, caractérisée par un sommeil profond suivi d'amnésie, et par un passage rapide

à un état de bien-être, ou par un état nerveux de peu de durée bientôt suivi de rétablissement.

Dans les cas où l'hérédité n'est pas en jeu, on observe un épuisement très marqué du système vasculaire et une tendance aux congestions céphaliques; cet affaiblissement du système vaso-moteur reste souvent caché pendant longtemps, et il est enfin mis en évidence par les causes les plus légères (température élevée de la chambre, petite quantité d'alcool, émotion soudaine) qui produisent une congestion céphalique; et en même temps éclate la psychose transitoire. Les cas typiques de la manie transitoire ne font pas partie du groupe héréditaire, et frappent des individus sains jusqu'alors, ou qui, du moins, ne présentaient pas de troubles nerveux manifestes, mais qui avaient une tendance congestive latente. Les hommes sont plus disposés à cette affection que les femmes, et les *jeunes soldats* surtout en sont frappés.

Au point de vue clinique, on peut distinguer des formes transitoires de manie (fureur), de délire systématisé aigu, et de stupeur avec hallucinations. On a observé aussi des états d'obnubilation, de stupeur, accompagnés ou non de délire exalté (voy. plus loin). Les deux premières formes (manie et délire systématisé aigu) sont les plus importantes, surtout les manies transitoires.

Sous ce nom de *manie transitoire*, on désigne des accès de fureur suraiguë de courte durée, accompagnés d'agitation musculaire furieuse; les mouvements ont un caractère impulsif, réflexe, souvent convulsif; en même temps, on constate des congestions céphaliques, et un trouble profond de la conscience; le malade méconnaît ceux qui l'entourent, et se montre agressif; ou ne perçoit rien de ce qui se passe autour de lui. L'accès se termine par une crise de sommeil, suivie d'amnésie complète de ce qui vient de se passer.

Le début de l'accès est subit, ordinairement précédé de prodrômes qui durent peu, par exemple une céphalalgie peu marquée, un état congestif de la tête, une hyperesthésie sensorielle, ou bien une période de silence et d'hébétude. Parfois le malade tombe sans connaissance, et ses yeux restent fixes, hagards; lorsqu'il revient à lui il est en plein paroxysme maniaque. D'autres fois, sans syncope préalable, le paroxysme éclate au milieu d'un état qui paraissait normal, ou après un sommeil qui ne pouvait en rien faire prévoir l'accès. Tout d'un coup, à son réveil, le malade se trouve dans une confusion intellectuelle absolue; il roule les yeux, crie, vocifère, chante, prophétise; en même temps tous les muscles sont dans une tension menaçante, et les actes désordonnés se déchaînent bientôt, soit spontanément, soit à l'occasion d'une parole quelconque, d'un reproche; ce sont des mouvements convulsifs, des hurlements, des mugissements, des grincements de dents; le malade déchire ses habits, agite les bras dans des secousses désordonnées, ou les tend violemment comme pour repousser; ou c'est

une rage aveugle, une agitation musculaire sans mesure et sans but; le malade détruit tout ce qu'il trouve et ne peut être contenu qu'au prix des plus grands efforts. Parfois, une légère accalmie peut être observée (mais elle ne dure pas); le malade est plus abordable, comprend à peu près ce qui se passe auprès de lui; mais bientôt il retombe dans la fureur; sa tête est fortement congestionnée, le pouls plein et fréquent, les battements du cœur sont tumultueux, et le corps se couvre d'une sueur abondante. Après un temps assez court (de quelques heures à deux jours), le malade tend à s'endormir, les troubles vasomoteurs s'effacent, et le sommeil arrive, tantôt naturel, tantôt semblable à la mort; quand le malade s'éveille, il est lucide, et ne se souvient pas ou ne garde qu'un souvenir confus de ce qui s'est passé. D'ordinaire, il s'étonne d'être dans un asile, et se souvient seulement de quelques symptômes prodromiques, de la céphalalgie, etc. L'accès se termine ainsi, et dans beaucoup de cas il ne se reproduit plus, la guérison obtenue est durable.

Tel est le tableau clinique de ce qu'on désigne sous le nom de manie transitoire.

Mais on observe différentes variétés cliniques : *a*) d'après le *début* de la maladie, qui correspond souvent à une émotion profonde, à un grand chagrin, ou à une contrariété et à la légère dépression qui en est résultée; celle-ci ne se traduit pas par de la tristesse, mais par une excitabilité plus grande et une distraction marquée. Fait remarquable, l'accès ne succède pas à des réflexions du malade sur son état, mais il surprend le malade lui-même; parfois, il succède à une soirée joyeuse, sans excès de boisson du reste. La douleur cachée, l'émotion pénible silencieusement supportée, ont préparé lentement les troubles vaso-moteurs auxquels il suffit, pour se manifester, d'une cause légère telle qu'une faible excitation alcoolique, ou même la température élevée de la chambre : alors se produit cette congestion aiguë du cerveau dont les conséquences peuvent être graves; *b*) d'après la *marche :* elle consiste, ordinairement, en une série précipitée d'actes convulsifs et réflexes, en même temps que le malade est incapable de penser, ou plutôt est plongé dans une complète inconscience. Au point de vue moteur et sensoriel, l'accès présente un caractère nettement convulsif et épileptoïde; mais dans certains cas, et surtout au début de cet accès de fureur, il reste une lueur de conscience, et le malade peut proférer certains mots qui sont en rapport avec ses actes destructifs : « j'en tuerai un; tu vas y passer! » Ce cri semble expliquer l'acte violent qui va suivre, et pourtant le malade ne comprend pas nettement la signification des mots qu'il profère; car ces actes de fureur n'ont ni but ni motif, pas plus que les explosions convulsives des cas typiques; ils sont purement réflexes, et non pas prémédités. On peut les rapprocher de l'expérience de Goltz, sur le coassement; c'est aussi un réflexe inconscient qui porte sur le centre de la parole, qui a son point de départ dans les muscles brusquement contractés et dans la perception rapide de l'attitude imposée au corps par cette contraction; *c*) d'après la *terminaison :*

une crise de sommeil termine toujours ces accès; mais la guérison durable n'est pas constamment assurée, souvent se produisent de nouveaux accès de fureur, séparés par des intervalles plus ou moins longs (fureur transitoire rémittente). Pendant ces intervalles, les malades ne se souviennent pas de leurs accès, mais ils sont lucides, du reste, bien que fatigués et épuisés; ils se montrent aussi mécontents, maussades, craintifs et embarrassés. Il peut se produire successivement, deux, trois accès, et même plus; et si ces accès se ressemblent par leurs traits principaux (congestions céphaliques, trouble profond de la conscience, sommeil terminal, et amnésie), cependant ils peuvent différer beaucoup quant à l'intensité. Ainsi, après un premier paroxysme où le malade crie, chante, fait des menaces multiples mais non suivies d'effet, on peut voir se déclarer un second paroxysme de fureur modérée, dans lequel le malade déchire ses habits, se frappe, mord, etc...; puis enfin un troisième accès, avec une rage destructive qui fait courir de graves dangers aux personnes de l'entourage. Mais, avec le renouvellement des accès, les caractères pathologiques se modifient en ce qui concerne les intervalles tranquilles et la terminaison; ainsi, après plusieurs paroxysmes, dans un intervalle tranquille, le malade peut brusquement montrer une perversité morale avec exaltation modérée (moria), qu'un accès ultérieur fait disparaître, et enfin on obtient la guérison définitive. J'ai parfois observé une manie grave de longue durée qui succédait à plusieurs accès de fureur transitoire.

Les états *maniaques suraigus de délire systématisé* sont assez voisins de la manie transitoire et peuvent se combiner avec elle : en clinique ce sont des démonomanies transitoires avec des illusions terrifiantes, de l'obnubilation de la conscience, et des réactions motrices violentes produites par l'angoisse. Le début est aussi soudain que celui de la manie elle-même, et se produit d'ordinaire pendant la nuit, après un sommeil tranquille; d'un seul coup, le malade est plongé en plein délire. Toutes sortes d'hallucinations viennent l'épouvanter; des démons l'entourent; il lutte en désespéré, et peut se tuer lui-même ou tuer ceux qui l'entourent, les impulsions homicides et suicides sont très fréquentes. Les congestions céphaliques s'observent très souvent, tout en étant moins ordinaires que dans la manie transitoire proprement dite. Le visage est souvent pâle, ou bien il est tantôt pâle et tantôt rouge. Les battements cardiaques sont très accélérés, ce qui correspond au maximum du processus d'angoisse. On trouve souvent les pupilles largement dilatées, parfois cette dilatation est unilatérale. Dans un très grand nombre de cas, il existe des névralgies intercostales, dont les paroxysmes concordent avec l'explosion de l'accès de délire systématisé transitoire; aussi doit-on ici admettre l'existence d'une psychose réflexe, dont le point de départ est la région douloureuse (raptus névralgiques. Voy. ce mot). Parfois, il existe une irritation spinale très nette; tous les nerfs sont douloureux à la pression; toute la surface cutanée est hyperesthésiée et l'excitabilité réflexe est accrue (le malade mord la cuiller qu'on introduit dans sa bouche). Les mouvements violents de défense ou d'attaque semblent souvent instinctifs, et paraissent être des réactions particulièrement intenses produites par le désespoir et l'angoisse; ou bien, à l'apogée de l'accès, ces mouvements paraissent involontaires, impulsifs, et l'acte,

comme dans la manie transitoire, n'est plus qu'un réflexe qui soulage l'oppression ressentie. Quelquefois aussi, il se produit par intervalles des mouvements purement convulsifs, tels que la tension du bras, la rotation de la tête, des grimaces, des flexions et des extensions du tronc, l'extension tétanique alternant avec une flexion convulsive. Puis, passagèrement, le malade ne reconnaît pas ce qui l'entoure; il crache, crie, se cache dans son lit, déclame, etc... L'accès se termine, comme dans la manie transitoire, par une crise de sommeil profond ; mais cette terminaison n'est pas aussi nette ; le sommeil est parfois agité, interrompu, pourtant le malade est plus lucide à son réveil; ou bien la terminaison s'annonce par une lucidité plus grande de la conscience, avant que le sommeil soit obtenu ; mais celui-ci termine encore définitivement l'accès. On peut encore signaler certaines nuances, et ici l'affection est, bien plus souvent que la manie transitoire, composée d'une série d'accès, suivis enfin de guérison. Dans les intervalles lucides, l'amnésie est complète dans les deux cas; mais ici le malade, pendant les jours qui suivent l'attaque (souvent même pendant des semaines), conserve, malgré sa lucidité, une disposition irritable, une sensibilité puérile ; ou bien il est sombre, méfiant, et se plaint sans cesse. De même que les accès répétés de manie transitoire pouvaient être suivis d'une véritable manie grave, de même le délire systématisé maniaque suraigu peut amener un délire subaigu des persécutions à forme démonomaniaque (cela est pourtant plus rare).

J'ai observé une *stupeur suraiguë transitoire* reposant sur des hallucinations, chez un jeune héréditaire peu intelligent, mais qui n'avait rien présenté de pathologique jusqu'alors ; cette stupeur procédait par accès séparés par des intervalles de huit jours. Elle était précédée d'une excitation physique assez marquée; après de la céphalalgie, de l'hébétude, de la pesanteur précordiale, apparaissait un état de stupeur accompagné de congestion intense de la tête et d'absence totale de perceptions (c'était seulement en produisant un bruit violent qu'on provoquait une secousse réflexe chez le malade, qui proférait alors quelques mots où l'on retrouvait le caractère de délire démonomaniaque). Puis on remarquait des secousses dans la tête et de grands mouvements des bras ; le regard était brillant et hagard ; le pouls était plus calme, la température normale ou un peu inférieure à la normale. L'intervalle lucide était rapidement et complètement obtenu en un ou deux jours; l'amnésie était alors complète, et le malade était capable de travailler ; mais il était plus distrait et plus puéril qu'autrefois dans ses paroles et dans sa conduite. Les paroxysmes se répétèrent pendant dix semaines, séparés par des intervalles de plus en plus longs; ils se produisaient sans être provoqués par une cause extérieure. Puis le trouble de la conscience devint moindre, et la guérison se produisit enfin, et fut durable. On ne put découvrir, ni auparavant ni plus tard, le moindre signe d'épilepsie ou d'hystérie; cette stupeur n'avait pas été précédée de cause débilitante. Par contre, la mère du malade était atteinte d'épilepsie, et avait succombé à cette affection.

Doit-on conserver en clinique une *place spéciale* à ces psychoses transitoires ? Je voudrais répondre affirmativement à cette question qui a suscité

jusqu'à ce jour de graves discussions. L'existence de la manie transitoire s'appuie sur ces caractères spéciaux : le début (acmé presque instantané), la terminaison (crise de sommeil ; amnésie ; retour de la lucidité), la marche, qui est suraiguë, les phénomènes vaso-moteurs concomitants, fournissent des points de repère très nets, qui distinguent ce groupe de toutes les autres manies. Seule, la manie des épileptiques peut en être rapprochée ; celle-ci diffère également des autres manies, mais elle se distingue de la manie transitoire par les symptômes épileptiques qui persistent entre les accès maniaques.

Il serait plus difficile de différencier les états maniaques suraigus de délire systématisé, des troubles psychiques aigus des maladies fébriles (troubles psychiques de la fièvre intermittente) ; et ils se rapprochent, d'autre part, des accès de folie hystéro-épileptique ; mais leurs traits communs avec la manie transitoire (début et terminaison) permettent d'en faire une classe spéciale. Cette classification est faite à un point de vue pratique seulement, car en nosologie, j'en suis convaincu, cette séparation n'est que momentanée ; car nous apprenons à comprendre ces formes transitoires comme des modifications cérébrales d'états généraux, la névrose héréditaire et neurasthénique. La congestion vaso-motrice de la tête qui est constante dans le groupe maniaque, la coïncidence fréquente de névralgies dans le second groupe, le caractère réflexe des mouvements, les contractions vasculaires intercurrentes, ainsi que les points névralgiques si nettement marqués, indiquent qu'il faudra comprendre de cette façon la pathogénie ; en attendant, il faut maintenir fermement cette distinction, parce qu'elle exprime un fait important pour la clinique et la médecine légale : il existe des troubles psychiques suraigus, très analogues par leur physionomie clinique aux états épileptiques et hystéro-épileptiques, mais qui ne permettent, ni avant, ni après, de croire à l'existence réelle de l'épilepsie ou de l'hystérie.

Dans ce groupe des troubles psychiques transitoires, bien qu'il n'y ait pas identité, il faut faire rentrer les états hallucinatoires aigus alternant avec l'asthme, sur lesquels on a récemment attiré l'attention. Dans une de mes observations, le malade (un soldat à poitrine étroite, et qui avait eu plusieurs hémoptysies), présenta des symptômes d'asthme, puis se rétablit ; trois jours après, il eut de la dypsnée, avec râles fins, puis l'amélioration survint. Après quatorze jours, oppression précordiale, céphalalgie, gêne de la respiration sans signes stéthoscopiques ; douleur intercostale très intense du côté gauche ; dans la nuit, accès démonomaniaque, le malade voyait des diables, chantait, prononçait des sermons. Refus de nourriture ; augmentation de l'excitabilité réflexe ; refroidissement des extrémités. Inégalité pupillaire ; marmottement confus ; suppression de toute perception ; pouls : 64. Au bout de quatre jours, ce malade revint à lui, et l'amnésie était complète ; pendant quatre semaines, il fut tranquille, et sa conduite était normale ; il était fatigué, épuisé, parlait peu, et gémissait continuellement. De temps en temps, il présentait encore de la gêne de la respiration et des râles muqueux fins ; quand ces phénomènes disparaissaient, un nouvel accès éclatait. Après quelques heures de tranquillité et de dépression plus marquée, après

une gêne respiratoire plus grande, il prenait tout à fait l'aspect d'un paludéen à la période de frisson ; respiration accélérée, difficile, pouls rare, battements cardiaques plus forts, cyanose légère, peau froide, douleur intercostale très vive. En quelques heures l'accès était terminé, et il était suivi d'amnésie complète. Puis de nouveaux accès de dypsnée se produisaient par intervalles ; enfin la guérison fut obtenue.

Krafft-Ebing nous a fait mieux connaître ces états transitoires par plusieurs importantes remarques ; il a observé, chez des individus devenus neurasthéniques après des excès intellectuels ou corporels, et sous l'influence d'émotions intenses, l'apparition brusque de troubles psychiques transitoires sous forme de stupeur plus ou moins marquée, tantôt avec angoisse, tantôt avec idées délirantes de grandeur ; dans ce dernier cas, on trouvait aussi des troubles ataxiques de la motilité, qui pouvaient faire penser tout d'abord à la paralysie générale, mais qui étaient dus, en réalité, à des troubles d'inanition cérébrale. La conscience était obnubilée, il y avait même inconscience complète ; la mémoire présentait des lacunes ; les fonctions sensorielles étaient troublées, ou même les sensations étaient tout à fait nulles ; perte de la parole, angoisse ; quelques idées délirantes ; tels étaient les signes psychiques observés. Parfois des troubles vasomoteurs étaient évidents. Tous ces cas se terminaient, au bout de quelques jours, par une diminution lente des symptômes, et par la guérison avec lucidité définitive ; toujours il y avait amnésie. Dans les accès d'angoisse avec sueurs et syncope, on ne pouvait rien trouver qui permît d'invoquer l'épilepsie. — Chez un jeune soldat chargé d'une tare héréditaire, j'ai observé, consécutivement à une période de surmenage et à un embarras gastrique, des idées de suicide dont l'apparition a été soudaine et qui ont été suivies d'un état d'obnubilation et de stupeur qui dura plusieurs semaines ; il n'y eut ni angoisse, ni amnésie ; la convalescence commença après quatorze jours.

La transition entre les psychoses transitoires que nous venons d'étudier et les formes de folie ordinaire à marche aiguë est représentée par certains états aigus de délire systématisé, le plus souvent en relation avec le système génital, se développant au moment des règles et ne durant pas plus que la période cataméniale. Nous en parlerons en leur place, et nous ne les citons ici que pour être complet. Au point de vue clinique, ces psychoses suraiguës doivent être séparées du groupe des psychoses transitoires, car elles ne s'accompagnent pas d'amnésie, ou bien cette amnésie est moins marquée. Il faut, au contraire, ranger dans ces psychoses transitoires, le cas intéressant d'une amnésie temporaire (aphasie amnésique) survenue brusquement chez un héréditaire neurasthénique après une émotion vive, et suivie de guérison (cas rapporté par Danilo, Mierzejewsky Wjestnsk, 1884).

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement des psychoses héréditaires ne diffère pas essentiellement de celui des psychopathies acquises. Il faut tenir le plus grand compte de la faiblesse si marquée de la constitution psychique et nerveuse ; aussi la plus grande prudence est-elle nécessaire dans

les exhortations que fait le médecin à ces convalescents, et faut-il leur épargner toute cause d'excitation jusqu'à ce qu'on ait obtenu une guérison durable.

L'*éducation* des héréditaires doit être tout particulièrement surveillée, surtout au moment de la puberté. Lutter de bonne heure contre l'impressionnabilité nerveuse (lotions froides). Faire cultiver de préférence les sciences exactes (développer le raisonnement). Choisir avec soin les livres qu'on leur confie. Éviter de surmener ces jeunes cerveaux. Défendre le tabac et l'alcool. Accorder au sommeil un temps suffisant. Tels sont les points principaux que doit observer l'éducateur. La question du *mariage*, chez ces héréditaires, est toujours très délicate, et ne peut être décidée qu'après l'examen de chaque cas individuel. La simple prédisposition héréditaire n'est pas une contre-indication ; certains cas d'hystérie peuvent même être améliorés par le mariage, s'il est conclu à une époque convenable de l'existence. Mais une dégénérescence caractérisée (constitution profondément névropathique dès l'enfance; périodicité, idées obsédantes, etc.) mérite l'attention la plus sérieuse de la part du médecin; écoutant sa conscience, il devra déconseiller le mariage dans certains cas; dans d'autres cas moins graves, il se contentera de ne pas le conseiller.

C. — FOLIE HÉRÉDITAIRE SIMPLE.

Idées obsédantes (maladie du doute et du toucher).

Une idée obsédante considérée en elle-même ne constitue, pas plus qu'une hallucination isolée, un trouble psychique. Bien des hommes ont ainsi des idées obsédantes, mais ils peuvent les dominer, sinon les faire disparaître. Cela est vrai surtout des obsessions simples, et même de certaines obsessions inoffensives de forme vertigineuse. Mais, lorsqu'une idée obsédante fixe détermine une dépression morale ou une perplexité angoissante et lorsqu'elle produit (ce qui est fréquent) des actes impulsifs ou des arrêts de la volonté. alors le trouble psychique est constitué.

Chez des neurasthéniques, certaines obsessions bizarres s'établissent brusquement, sont ordinairement transitoires, et déterminent une violente épouvante ou un déchaînement passionnel, d'où résultent enfin des idées métaphysiques obsédantes; elles disparaissent après quelques heures ou quelques jours, et parfois ne se montrent plus pendant des années ou même pendant le reste de l'existence. Assez souvent ces crises sont déterminées par un trouble gastro-intestinal aigu (suppression d'un flux hémorrhoïdal).

Dans la grande majorité des cas, la maladie du doute a une allure chronique et nettement rémittente. Après une période prodromique d'hypochondrie, parfois aussi sans prodromes, une idée obsédante s'établit brusquement dans l'esprit du malade qui ne peut plus s'en délivrer. Parfois elle est produite parce que l'attention du malade était éveillée et cherchait une explication à l'état de neurasthénie, au malaise éprouvé; alors un mot qu'il entend ou qu'il lit le frappe, une observation quelconque est saisie et retenue : l'obsession est créée, le repos moral est perdu. La découverte qu'il vient de faire augmente son angoisse ; il recourt à de nouveaux raisonnements ; l'agitation intellectuelle et morale s'accroît ; c'est d'une part un besoin de faire toujours de nouvelles questions et de vérifier les réponses qui sont faites, et d'autre part, au moral, une perplexité toujours plus grande. Le malade ne peut sortir de ce cercle, ses questions éternelles ne sont jamais satisfaites, mais le silence l'irrite encore davantage, il ne peut le supporter ; il recommence ses questions avec un souci plus grand, et enfin avec une angoisse extrême ; il tremble d'entendre un mot, qui ne peut le tranquilliser, et qui augmentera encore son agitation; il soupire après une consolation, et craint de trouver partout une souffrance nouvelle.

Déjà il consulte une foule de médecins les uns après les autres,

parcourt toutes les stations thermales; et pourtant à quoi servent ces cures thermales? L'eau doit-elle être plus chaude, ou plus froide; quand doit-il déjeuner; à quelle heure doit-il prendre de l'exercice musculaire, et quels mouvements faut-il faire? Tout est pour lui un motif de questions et d'anxiété pénible. Une remarque faite devant lui éveille de nouvelles réflexions et des hésitations nouvelles; les idées angoissantes sont toujours plus nombreuses. Quand il prévoit toutes ces conséquences, alors que les autres les ignorent, et pâtissent de cette ignorance, n'est-il pas coupable? Aux idées hypochondriaques s'ajoutent des idées mélancoliques, des remords et des reproches sur sa lâcheté ou sur sa coupable indifférence; les tourments de chaque jour, de chaque heure, s'accompagnent de retours douloureux sur le passé; le malade voit partout des fautes commises et se désespère de plus en plus. Il ne peut plus penser à sa naissance, à ses parents, sans les maudire et se maudire lui-même; il est couvert d'une sueur froide, il éprouve des palpitations, des tendances aux lipothymies; il ne doit pas reculer, il faut qu'il se tue.

Ainsi s'écoulent les semaines, au milieu d'une douleur infinie; il se torture en imaginant les conceptions les plus contradictoires sur la moindre chose; son jugement est influencé par tous les faits extérieurs; et cette modification forcée de sa pensée, cette dépendance douloureuse de son esprit envers les moindres événements, le maintiennent constamment dans l'indécision et la perplexité; il ne peut échapper à son angoisse; dans les moments d'agitation il souffre un véritable martyre; dans les heures plus tranquilles, il a peur des tourments qui vont l'assaillir; tout enfin est confusion, et toutes les perceptions augmentent cette confusion. Il voit que sa conduite est blâmée par ceux qui l'entourent, et lit sur leur visage des critiques malveillantes; aussi devient-il toujours plus misanthrope et plus amer. Il est désespéré, et de plus se défie de tout le monde.

Pendant certains jours, il est d'une irritabilité excessive, et la moindre chose l'exaspère. Si du moins il n'avait que des sujets de plainte; mais cette idée angoissante le tourmente: ses plaintes ne sont-elles pas exagérées et ne nuisent-elles pas à autrui? Puis ce besoin de ne pas commettre une injustice disparaît. De la misanthropie, il passe au mépris de soi-même.

Cependant il n'est pas arrivé à l'apogée de l'affection, et le tourment intérieur qui en résulte est caché par la lucidité trompeuse de l'intelligence. Il subit des crises innombrables, qui épouvantent son imagination et dont il redoute le retour; la pensée d'une obsession possible devient elle-même une idée obsédante plus intense; l'angoisse mille fois surmontée devient une double sensation obsédante, parce qu'il s'en souvient et qu'il la prévoit; c'est une angoisse provoquée

par la crainte de l'angoisse. Elle accable le malade dans l'intervalle des crises, elle le remplit d'épouvante quand il est au théâtre, quand il est au jeu; c'est en vain qu'il veut lui échapper. Cette angoisse redoutée appelle l'angoisse réelle. Le malade se renferme en lui-même, et veut rester silencieux, mais a-t-il raison? Nouveau scrupule, suivi d'une crise.

Des idées obsédantes analogues lui viennent à propos d'une allumette jetée à terre, d'une fenêtre restée ouverte, du tablier de la cheminée relevé; il examine et vérifie tout, puis aussitôt le doute revient; et c'est alors un nouvel examen et de nouveaux scrupules. Souvent il barricade toutes les ouvertures, et il est certain ainsi qu'elles ne peuvent pas être ouvertes; mais alors une angoisse contraire survient : n'a-t-il pas tort de tout fermer ainsi? N'en résultera-t-il pas un autre mal, et un mal plus grand? En vain d'autres personnes vérifient pour lui : ne peuvent-elles pas s'être trompées?

Parfois le malade peut éviter l'angoisse qui le menace en prenant la résolution ferme d'être résigné à tout, quoi qu'il arrive. S'il réussit par cette résignation philosophique à concentrer sa pensée sur un autre point, ou à se distraire par des mouvements (promenades, etc...), la crise menaçante peut être évitée ou affaiblie.

Presque toujours, à ce degré de la maladie, on trouve en même temps des troubles nerveux plus ou moins marqués (constriction de la tête; oppression épigastrique, troubles vaso-moteurs, gastriques, etc...); ce qui est particulièrement pénible pour certains malades, c'est l'insomnie, ou bien la constipation avec perte de l'appétit.

Dans les cas favorables, l'amélioration est progressivement obtenue, tantôt après plusieurs semaines, tantôt au bout de plusieurs mois; le malade commence à penser qu'il se préoccupe trop des autres et pas assez de lui-même; cependant il ne peut pas encore s'en convaincre fermement, et souvent se produisent des rechutes aussi graves que la première atteinte.

La convalescence progressive est caractérisée par ce fait que les idées obsédantes, si elles reparaissent, n'ont plus la même action émotive; malheureusement c'est là une règle qui souffre de nombreuses exceptions. Au point de vue somatique, on voit le sommeil et surtout la digestion s'améliorer. Pendant plus ou moins longtemps, un état d'angoisse, de sensibilité et d'irritabilité exagérées se maintient, le malade est encore insupportable, critique tout; l'angoisse est peu à peu remplacée par un état plus calme, mais souvent il se livre à des considérations multiples et exagérées; il reprend confiance en lui-même, ne demande plus aide à ceux qui l'entourent et ne les questionne plus sur les choses qu'il redoute; il évite les récits d'accidents et la lecture des journaux. Alors il marche vers la guérison,

qui peut être complète, autant du moins que le permet la tare nerveuse dont il est chargé. Assez souvent, après un paroxysme ainsi surmonté, le malade se trouve mieux que l'année précédente.

Entre ces cas à marche chronique et les cas aigus dont on a parlé d'abord, il faut placer une forme où la maladie procède par poussées ou paroxysmes périodiques, séparés par des intervalles durant souvent une année; la maladie se prolonge ainsi pendant toute l'existence, en conservant ce type rémittent avec périodes d'exacerbation.

Dans ce dernier genre d'évolution, on peut observer différentes variétés, qui correspondent au développement de l'affection héréditaire (voy. *Généralités*) : ordinairement on trouve deux types cliniques : 1° les idées obsédantes déterminent des actes forcés, parmi lesquels on remarque surtout des actes d'arrêt; 2° l'idée obsédante devient une idée délirante et fixe, avec dépression (mélancolie avec obsessions).

Ad 1. — Le premier type comprend les maladies du doute, dans lesquelles le malade cherche un soulagement dans une occupation automatique qui remplit sa journée, et qu'il a choisie lui-même pour se débarrasser de ses idées obsédantes. Les femmes tricotent, du matin au soir, des bourses de toutes couleurs et de toutes formes; les hommes coupent des douzaines de cannes, toutes de même taille et de même forme; d'autres peignent toujours les mêmes figures, ou remplissent des pages entières des mêmes lettres constamment répétées.

Il faut également placer ici les actes obsédants produits par l'idée d'une souillure possible; l'angoisse fait fuir au malade le contact de certains objets (maladie du toucher). Parfois il se rend compte du ridicule de ces actes, mais il ne peut éviter de les accomplir. S'il voit de loin un endroit boueux dans la rue, il s'arrête ou fait un détour pour ne pas y passer; mais il ne peut se débarrasser de la crainte d'avoir quelque chose de malpropre attaché à ses souliers ou à ses habits. Souvent il craint avec angoisse que le contact de certains objets puisse lui faire du mal, aussi n'ose-t-il pas les toucher; par exemple, la vue d'une échelle appuyée contre un mur détermine chez lui une oppression, et il craint de la toucher; puis cette angoisse irradiant en lui, il a peur que d'autres personnes ne subissent un mal en touchant cette échelle. Il a peur de ce contact; mais plus forte est cette crainte, plus violente est la tentation diabolique d'approcher de l'objet si redouté; et souvent le malade, par cette lutte de sentiments contraires, se trouve poussé invinciblement, pour trouver enfin le repos, à s'exposer au malheur qu'il craignait.

Parmi les objets dont le contact est le plus redouté, citons les métaux, les boutons de porte et le verre. Souvent le malade ne sait comment se tirer d'embarras, et doit se faire accompagner et secourir par une autre personne pour ne pas tomber dans une crise qu'il ne saurait constamment éviter.

La terminaison de cette maladie du toucher est ordinairement plus défavorable que celle de la simple maladie du doute. Les scrupules, les raison-

nements et les craintes augmentent au point que les malades ne tiennent plus compte du monde extérieur ; sans cesse et sans repos, ils nettoient leur chambre, enlevant même parfois au moyen de la langue la poussière du plancher ; ils se lavent les mains cent fois par jour, brossent et secouent éternellement leurs habits ; ils rangent leurs meubles et leurs menus objets avec une méthode ridicule et toujours plus excessive, et rejettent avec effroi les objets de verre et de métal. Parfois ces malheureux, restés d'ailleurs lucides, peuvent cependant trouver quelques heures de tranquillité et cesser ce travail d'esclave qu'ils se sont à eux-mêmes imposé ; mais la moindre modification qu'ils aperçoivent, un papier ou un livre dérangé, les rejette aussitôt dans l'anxiété et dans l'angoisse. C'est seulement en s'isolant absolument du monde extérieur, en se réfugiant dans son monde spécial, que le malade peut échapper aux crises qui le menacent. La plupart de ces malades deviennent profondément égoïstes ; d'autres peuvent conserver des sentiments moraux passables, en même temps que leur intelligence est restée intacte. On n'observe pas de démence. Les malades poursuivis par des idées obsédantes, qui de la névrose héréditaire tombent dans l'hystérie, suivent l'évolution de l'hystérie (voy. *Folie hystérique*). — Plus rarement, la maladie du toucher est primitive (Morel, Magnan) ; elle peut conserver cette forme, ou devenir plus tard la maladie du doute ; ce qui est surtout intéressant et important, c'est l'accomplissement d'actes impulsifs ; les perversions sexuelles sont assez fréquentes.

Ad 2. — En même temps que certaines idées obsédantes deviennent des idées délirantes, la forme clinique devient une véritable mélancolie ; cette dépression mélancolique résulte naturellement de l'idée obsédante, c'est une réaction morale produite par l'obsession. C'est ce qu'on observe surtout dans les cas où ces idées déterminent un remords, par exemple lorsque les idées obsédantes ont pris la forme de blasphèmes. Dans d'autres cas, l'idée obsédante reste telle quelle, à titre d'élément étranger au moi, et la dépression est produite par le désespoir où le malade est jeté en voyant qu'il ne peut se débarrasser de cet hôte forcé et incommode ; tels sont le souvenir de faits tragiques, la conviction obsédante qu'il est coupable d'un crime qui vient d'être commis. Quand il porte son parapluie, il se tourmente en se demandant s'il n'a pas crevé l'œil de quelqu'un sans y faire attention. S'il a marché vite à la promenade, n'aurait-il pas poussé quelqu'un et infligé à cette personne un dommage irréparable ? Ainsi chaque jour lui apporte de nouveaux scrupules. Cette forme a ordinairement une marche chronique, ce qui la distingue de la mélancolie véritable ; elle présente des exacerbations et des rémissions, et en général ne se termine que par une guérison incomplète (affaiblissement psychique, maladie du doute persistante). Cependant on note aussi des guérisons complètes, mais les rechutes sont à craindre.

Un *autre* type existe, qui revêt une forme plus intellectuelle, je dirais presque plus philosophique ; on l'observe chez des individus raisonneurs, intelligents et à sentiments élevés. Dans la première forme, la psychose secondaire mélancolique résulte de l'accumulation journalière de petits scrupules et de remords puérils, jusqu'à ce que le malade désespéré soit

accablé par ces reproches éternels; ici, au contraire, on trouve une volonté persistante, mais qui reste inefficace, chaque phrase déterminant un arrêt de la pensée qui déjoue tous ses efforts ; les idées obsédantes reposent sur une réflexion angoissante et des scrupules de conscience; le malade se trouve ainsi accablé, voyant nettement son devoir, et ressentant douloureusement son impuissance absolue ; c'est la situation d'Hamlet. Le malade sait ce qu'il doit faire, et sent qu'il ne peut pas le faire ; il est arrêté continuellement par de nouvelles pensées qu'il croit justifiées, car il ne se rend pas compte que leur obsession est pathologique ; ou bien il voit partout des fautes imputables à sa négligence. Tandis qu'il ressent une impulsion à agir (et il voit dans cette impulsion une indication divine), il sent sa volonté arrêtée par des pensées qui lui rappellent ce qu'il a oublié de faire autrefois et qui devait d'abord être exécuté, ou par le sentiment que, par la conduite qu'il se propose, il ne remplira pas tout son devoir, et que par suite elle sera inutile. Ainsi, malgré ses efforts incessants, il n'arrive pas à agir ; les jours s'écoulent vides et inutiles ; il n'a conscience que de l'arrêt de sa volonté et jamais d'un effet produit : c'est une inactivité forcée, qu'il considère comme une défaillance criminelle de sa volonté et comme le résultat de sa culpabilité ; car Dieu lui a nettement indiqué son devoir, et lorsqu'il a surmonté tous les obstacles rencontrés en lui-même et qu'il se prépare à agir réellement, quand il est enfin poussé à l'action, il en est incapable ; en même temps que les obstacles tombent, la force qui le poussait à agir est épuisée, et il ne peut sortir de cette impuissance. Souvent alors éclatent des scènes de désespoir, avec actes impulsifs réflexes (voy. *Impulsions*) ; ou bien ce sont des accès d'angoisse violents avec troubles vaso-moteurs, et qui déterminent parfois de l'aphasie, ou des menaces de syncope. D'ordinaire les malades ne s'expriment que par des phrases qu'ils ne peuvent terminer, et qu'ils corrigent de toutes manières ; dans leurs lettres, ils effacent différents mots, en soulignent d'autres, font des surcharges presque toujours dépourvues de sens ; ils retranchent et retranchent encore, sans être jamais satisfaits. Ils commencent tout, arrêtent mille dispositions, et ne terminent rien. Parfois un verre de vin ou de bière les débarrasse de leurs hésitations, et leur permet d'achever ce qu'ils ont commencé. Cette deuxième forme de mélancolie avec raisonnements et contestations interminables est toujours tenace, et donne lieu très souvent, comme la première forme, à des tentatives de suicide. Elle peut guérir, mais elle récidive fréquemment et elle devient enfin chronique et durable. Les malades deviennent méfiants, très impressionnables, et de plus en plus misanthropes, parce qu'ils arrivent à redouter la conversation la plus simple ; ils craignent d'être tentés de prononcer des mots compromettants dont ils ne peuvent plus se débarrasser, ou bien d'entendre des mots qu'ils ne peuvent plus chasser de leur esprit.

Appendice : Délire systématisé des processifs ; folie processive.

Ce groupe pathologique, à forme clinique bien caractérisée, se rattache ordinairement à la folie héréditaire ; on y trouve une mé-

fiance pour ainsi dire congénitale, qui tourmente ces esprits pendant toute l'existence. En règle générale, la genèse de cette maladie repose sur une lacune morale héréditaire; on y trouve des traits de *moral insanity ;* ces individus sont ainsi isolés du monde, ils sont d'un égoïsme illimité, par suite injustes pour les autres hommes, et leur jugement est obscurci par un culte exagéré de soi-même ; aussi les malades se contentent-ils d'apparences pour justifier leur conduite. En examinant leur histoire, on voit qu'ils ont montré, dès leur jeunesse, un caractère rusé et une grande tendance aux discussions ; ils critiquent sans cesse, et veulent savoir tout beaucoup mieux que personne; ils quittent successivement plusieurs collèges, changent de professeurs; partout ils engagent des querelles et repoussent brutalement toute contradiction, comme si le contradicteur se montrait grossièrement injuste à leur égard. Ils s'entêtent dans leurs jugements faux. D'autres paraissent au début plus corrects dans leur intelligence et leur état moral; mais ils ont successivement toutes les vocations, jamais ils ne peuvent suivre une direction bien déterminée ; ils s'occupent de tout, n'approfondissent rien, et dissimulent l'insuffisance de leurs connaissances sous une attitude assurée et un incessant besoin de discourir sur toutes choses. Il faut qu'ils se heurtent à la réalité pour que l'inanité de tous leurs projets leur soit démontrée; tandis que les premiers, par le développement régulier de leurs dispositions et de leur hyperesthésie pathologique, sont d'avance condamnés au naufrage. Les uns et les autres courent au même désastre, ayant cette illusion que des intrigues et des persécutions leur ont fait le plus grand tort; c'est alors un délire systématisé avec idées de persécution.

Dans les cas typiques, on retrouve toujours ces antécédents ; cependant on ne constate pas toujours une tare héréditaire manifeste ; dans ces cas, peu nombreux du reste, elle est remplacée par des troubles acquis, et par suite, un développement cérébral incomplet (blessures de tête, affections cérébrales aiguës, excès alcooliques, onanisme) ; on observe aussi des anomalies de développement (malformations du crâne).

Les malades ne commencent pas toujours par être malheureux, et par accepter passivement le rôle de victimes ; ils peuvent être, dès le début, des persécuteurs d'après les tendances et l'intensité de la *moral insanity* qui les domine d'une façon constante; alors ils sont durs, injustes, ne considèrent en rien les droits d'autrui ; ils repoussent ouvertement tout ce qui est juste et équitable.

Qu'ils soient d'abord actifs ou passifs, soumis ou insoumis aux notions du droit, ils arrivent au même point et sont les uns et les autres contrariés par le monde extérieur dans leur sentiment exagéré d'eux-mêmes et dans leur conception erronée de ce qui est juste ; alors, s'ils étaient passifs, ils

deviennent des persécutés, et les autres se croient lésés contre tout droit ; mais ils sont également poussés par cette idée obsédante et surexcités par le sentiment pathologique qu'ils ont de leur personnalité. Dès lors, on trouve chez eux un élément maniaque qui les empêche de rien considérer et de tenir aucun compte des obstacles, et en même temps, une faiblesse intellectuelle marquée; le malade se complaît dans d'incessants raisonnements que la moindre réflexion devrait lui faire rejeter et (réellement délirant) s'épuise à invoquer de vaines apparences.

Quand il a été une première fois condamné, il devient processif, et poursuit ses réclamations; aigri par ses insuccès, il en appelle, et porte successivement sa cause devant toutes les juridictions ; en même temps il adopte la tactique assez habile de relever les erreurs qu'il a commises en entamant le procès, et d'en attribuer la faute à son adversaire. Chaque insuccès nouveau, loin de le faire réfléchir, augmente ses ressentiments et ses attaques. S'il est condamné à la prison, il passe son temps de captivité à écrire des volumes de plaintes, portant toutes sur le même point; il est dans son droit, tous les autres ont tort. A peine libéré, il reprend son travail de Sisyphe. Le sentiment d'avoir subi une injustice devient une impulsion obsédante ; à son avis, non seulement il est en droit de continuer ses récriminations, mais il y est forcé, car il doit venger le droit pour les autres en même temps que pour lui. Le sentiment personnel s'exalte et s'agrandit sans mesure ; maintenant le malade se croit le champion de toutes les victimes injustement opprimées, il combat pour les droits de tous.

Cette exaltation fait éclater au dehors le délire des persécutions caché jusqu'à ce moment; le malade doit non seulement lutter pour son droit et pour le droit de tous, mais démasquer ses ennemis, et étaler au grand jour les secrètes intrigues dirigées contre lui. Sa haine d'abord froide, s'exalte maintenant et se transforme en attaques ouvertes contre les fonctionnaires, les juges, les témoins ; les écrits, les plaintes se succèdent, ainsi que les injures et les offenses ; il passe d'un degré de juridiction à l'autre, et chaque insuccès, chaque condamnation ne fait que l'exciter davantage, et exaspérer sa rage de procès. Le motif de plainte invoqué au début finit même par disparaître devant des haines particulières ; il est remplacé par toutes sortes de sophismes ou de chicanes; au lieu de respecter la justice, il porte contre ses juges des insinuations malveillantes, et tout sens moral lui fait défaut ; ses écrits et ses paroles dénoncent une folie morale à forme excitable.

Très souvent le public se laisse tromper par la dialectique du malade et par la finesse avec laquelle il sait défendre ses droits supposés. Mais que vaut cette logique seulement apparente, à côté de l'étroitesse réelle du jugement et de l'absurdité du fond ? quelle puérilité que cette lutte à propos

d'une vétille ! surtout quand on considère les dommages infiniments plus importants que lui vaut chaque nouvelle instance. Combien ces écrits plats et grossiers jurent avec la culture intellectuelle d'autrefois ! Et quelle association d'idées religieuses et des injures les plus basses, d'une sensibilité extrême et d'attaques grossières ! Il agit ainsi parce qu'il doit le faire ; il est logique, mais ses prémisses sont fausses ; il ne calcule pas toutes les conséquences de ses actions, parce qu'il obéit à une impulsion morbide ; il va contre son but, parce que la réflexion lui manque, que son sens moral est défectueux, que sa pensée et ses sentiments sont poussés par une force maniaque.

Le sentiment d'une injustice subie, qui lui inspire le besoin d'attaquer, le conduit assez souvent à un attentat contre son persécuteur supposé ; en fait, peu de malades sont plus dangereux qu'un tel processif, persécuté persécuteur. La médecine légale rapporte un grand nombre d'homicides accomplis dans ces conditions.

La maladie continue sa marche, et bientôt se produisent des illusions véritables, telles qu'on les observe dans le délire des persécutions ; le malade interprète les faits d'une manière délirante, d'après le sens de ses idées fixes. Les moindres faits du procès, des mots vifs échappés au juge ou aux témoins, les choses enfin les plus insignifiantes prennent à ses yeux une grande importance. Il est de plus en plus tenace dans sa défense, justifie par toutes ces interprétations sa conduite ; tout lui parle de l'injustice qui lui a été faite et de la conspiration universelle dirigée contre lui. Très souvent, à ce délire sombre succède une folie expansive, un délire systématisé exalté ; le malade croit qu'il est envoyé de Dieu, qu'il doit lutter pour le droit de Dieu ; il proclame qu'il est prêt à mourir sur l'échafaud plutôt que de se rétracter et par conséquent mentir, ou d'abandonner sa grande mission.

Le délire systématisé originel peut se manifester seulement par ce délire processif. Dans ces cas, on observe aussi un délire ambitieux raisonné ; les malades se posent en prétendants à un trône, croient qu'ils doivent faire un riche héritage ; dans leurs écrits, ils soulignent tous les mots, et leur style est bizarre, ampoulé ; leur logique est faite d'inductions fausses (logique faussée des héréditaires). Les hallucinations apparaissent d'une manière intercurrente ; tantôt ce sont des visions, tantôt ce sont des voix qui les exhortent et les encouragent.

La déchéance morale est de plus en plus marquée ; chaque humiliation nouvelle augmente l'excitabilité des sentiments, et bientôt le malade ne se contente plus de critiquer les jugements infâmes, immoraux et contraires à toute justice qui le frappent, et d'attaquer ses luges ; il en arrive aux mensonges perfides et à la calomnie ; il déclare la guerre à la justice et aux magistrats qui la représentent. Des injures

adressées à ses juges, qui volent l'honneur d'autrui pour eacher leur propre bassesse, il passe, en pleine audience, aux insultes dirigées contre le souverain; il menace ouvertement. Les condamnations se succèdent; la prison ni l'asile d'aliénés ne lui font plus peur, parce qu'il trouve là l'occasion de formuler ses plaintes et de les transmettre à des fonctionnaires forcés de les accueillir. Telle est cette folie processive, insurmontable et aveugle, où le seul mobile est le besoin de dispute.

Le développement de la maladie n'est nullement modifié par le séjour dans un asile; le malade se comporte là comme au dehors; il continue à rédiger des mémoires, à formuler des plaintes et des dénonciations. D'abord il est bien disposé, parce qu'il compte sortir bientôt, et qu'il espère trouver dans les médecins des alliés contre ses persécuteurs; mais comme on ne certifie pas qu'il est sain d'esprit, comme l'alliance ne se conclut pas, il tourne ses attaques contre le médecin et contre ses gardiens.

Alors il se plaint amèrement d'être enfermé contre tout droit, de voir intercepter ses lettres; il fait de faux rapports. Toutes les injures employées autrefois contre les juges (menteur, voleur, gredin) sont maintenant adressées aux directeurs d'asile; il fait chorus avec les autres mécontents; tantôt il procède sournoisement dans ses récriminations, tantôt il agit en accusateur public, surtout s'il voit des étrangers qui visitent l'asile; il fait partir des lettres en contrebande, s'efforce de corrompre les gardiens. La moindre irrégularité est par lui interprétée, exagérée et lui sert de prétexte pour des plaintes incessantes. Les plus petits faits résultant de la discipline de l'établissement sont recueillis par lui avec une joie méchante; il en profite pour émettre des récriminations en apparence justifiées; il s'occupe de tout; s'il y a une discussion, il s'y mêle, pour y trouver encore, s'il est possible, d'autres motifs de plaintes. Une folie morale avec excitation et idées de persécutions peut à peine donner idée de la méchanceté réfléchie des vieux processifs. Ils ne pensent qu'à tuer le médecin, les gardiens et à s'enfuir. Si l'on se montre énergique envers eux, ils deviennent d'une rage furieuse et destructive, d'une arrogance invincible, et repoussent toute nourriture.

Dans d'autres cas, la marche de l'affection subit une modification favorable par suite du séjour dans l'asile; les malades peuvent bien continuer leurs récriminations pendant des années, et lutter longuement pour leurs droits; mais enfin leur passion perd peu à peu de son intensité, et ils se bornent à d inoffensives prostestations; ils parlent encore avec emphase, mais un mot énergique, ou l'offre d'un cigare, d'une prise, etc., suffit à les calmer; ils marchent vers un affaiblissement psychique progressif, qui produit cette amélioration relative. Assez souvent, au bout de quelques années, le malade peut

devenir un employé plus ou moins utile au service de l'asile. Chez les individus de caractère faible, cette lutte toujours plus dure, cette obsession qu'ils ont acceptée, finissent par amener la lassitude et le calme; ils conservent leurs idées, mais, dans un milieu nouveau, ils deviennent dociles et se laissent diriger. Chez d'autres malades encore, c'est la nature elle-même qui se charge de cette transformation progressive; ils conservent leurs erreurs jusqu'à la sénilité, et par suite de la déchéance cérébrale (quand l'athérome paralyse l'énergie du cerveau), ils terminent dans l'asile leur existence comme mélancoliques séniles. D'autres enfin, sous l'influence de la réalité, s'améliorent peu à peu, et peuvent vivre de la vie commune en se livrant à des occupations raisonnables; mais ces cas sont rares, et ne s'observent guère que chez de jeunes individus.

J'ai connu des processifs qui, après avoir conservé ce caractère pendant des années, se résignaient, se calmaient au sujet de leurs droits lésés, et pouvaient alors trouver un emploi.

Le délire processif peut apparaître secondairement et accidentellement, comme épisode, dans certaines phases de délire systématisé ordinaire, dépressif et exalté, et surtout dans la manie périodique.

D. — DÉLIRE SYSTÉMATISÉ ORIGINEL (ORIGINÄRE VERRÜCKTHEIT).

Sous ce nom on désigne un groupe de délires systématisés typiques, qui ne sont pas, comme le délire systématisé acquis, le résultat d'une affection nerveuse tardive, mais qui se développent sur un terrain anormal, en même temps que le déséquilibrement et l'excentricité congénitales de l'intelligence prennent des proportions tout à fait exagérées (exagération du caractère héréditaire ou hystérique). Cela s'observe chez des individus bien doués du reste au point de vue intellectuel. Mais la forme clinique peut aussi être représentée par une déchéance (un senium précoce) qui frappe des intelligences bornées et pauvrement douées, et se manifeste tantôt comme délire de persécutions, tantôt comme délire ambitieux (ces deux formes se combinent le plus souvent). Le délire systématisé originel peut avoir une marche simple, par exemple lorsqu'il s'agit d'un caractère indolent et d'une intelligence naturellement médiocre ; ou bien il peut se compliquer d'hallucinations, lorsque ce sont des individus à intelligence vive, à imagination riche, ou quand il existe une asthénie cérébrale acquise. Les hallucinations fournissent parfois, comme dans le délire systématisé acquis, les éléments primitifs et essentiels d'un délire dépressif ou expansif ; mais le plus souvent celui-ci est un produit psychique inconscient. Les erreurs des sens qui surviennent secondairement achèvent de former ce délire. Ce trouble mental est chronique, et incurable en ce sens que le fond pathologique persiste toujours ; il est souvent constitué par des paroxysmes qui guérissent successivement, mais reparaissent ensuite avec plus de gravité.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le début remonte à l'enfance ou à la jeunesse (voy. *Névrose héréditaire*).

La disposition pathologique est très souvent transmise par hérédité, mais non toujours. Une éducation mal dirigée par des parents qui ont pour leurs enfants des ambitions ridicules, joue parfois un rôle considérable. Des événements politiques peuvent aussi faire sombrer la raison d'individus à jugement faible et qui s'excitent facilement.

Ces enfants ou ces jeunes gens ont un caractère spécial ; ils ne sont pas comme les autres, et cette différence frappe les étrangers, ainsi que les parents attentifs. Ils n'ont ni la gaieté ni la confiance de la jeunesse ; mais ils sont renfermés en eux-mêmes, rêveurs et raisonneurs, et se plaisent de bonne heure à des rêvasseries sans fin. S'ils ont des dons intellectuels, en général une seule faculté est très dé-

veloppée, parfois d'une manière extraordinaire. Souvent ce sont des enfants retardés. Au point de vue moral, ils sont caractérisés par de l'indolence ou par une sensibilité exagérée; parfois ils sont d'une excitabilité effrayante. De bonne heure le sommeil est troublé par des rêves d'une remarquable intensité, qui se prolongent après le réveil, et dont l'enfant est difficilement délivré. Quelques-uns de ces enfants sont somnambules pendant la nuit; ou ils ont, dans la journée même, des visions extatiques, dans lesquelles ils prophétisent l'avenir; « un souffle céleste les anime, pénètre tout leur corps, et une clarté infinie » éclaire ces jeunes enthousiastes.

La chorée est fréquente. Le développement corporel est souvent normal, et l'aspect général est celui d'une parfaite santé; cependant, dans la plupart des cas, on observe de bonne heure des vices de développement, des malformations du crâne, avec aplatissement d'un côté, ou au contraire avec un côté anormalement développé comme chez les hydrocéphales. La tête est rhomboïdale ou cunéiforme; développement anormal des arcades zygomatiques, des parois orbitaires; la voûte palatine est étroite et fortement concave; on observe des staphylomes, de la diplopie, du strabisme, etc. Les muscles de la face se contractent plus énergiquement d'un côté que de l'autre; les oreilles sont mal conformées : il y a asymétrie des deux moitiés du corps, anomalies dans la situation des testicules (pour plus de détails, voy. *Idiotie*). Les dents sont altérées; souvent on constate les signes de la scrofule; chez beaucoup d'individus, on retrouve des affections cérébrales antérieures; parfois un des yeux présente, dès la naissance, un état troublé de l'humeur vitrée et une atrophie de la choroïde. D'autres délirent très facilement et ont en même temps des convulsions à propos de la moindre affection fébrile. Le sens génital s'éveille de bonne heure (de même que le développement intellectuel est précoce) et détermine, avant la puberté, des amourettes et souvent des discours et des écrits romanesques et ampoulés; un danger plus grand en résulte aussi, c'est celui de l'onanisme.

De bonne heure, mais d'une façon passagère, on voit apparaître des idées obsédantes, et assez souvent de courtes périodes de maladie du toucher. Un état d'angoisse non motivé, souvent avec idées hypochondriaques, donne déjà de l'inquiétude, d'autant qu'on ne voit jamais percer chez ces individus la gaieté de la jeunesse ; un autre sujet de crainte est fourni par la découverte de lacunes morales ; ils ont de la tendance à mentir, à se cacher, à voler, à torturer les animaux. Mais la période la plus critique est celle de la puberté; bien souvent le développement du cerveau anormal est alors brusquement arrêté, et il se produit une démence précoce (voy. *Névrose héréditaire*); d'autres sont atteints d'hébéphrénie (voy. *Idiotie*); d'autres encore, d'un trouble psychique qui prend la forme d'un délire systématisé aigu maniaque.

On observe alors des erreurs multiples des sens, un délire ambitieux confus, mêlé d'idées de culpabilité, des interprétations délirantes et mystiques, de brusques changements de l'état moral, le malade passant des jouissances célestes aux tourments de l'enfer; des états cataleptiformes intercurrents, des troubles vaso-moteurs, des pollutions répétées, etc...

L'âge de la puberté une fois passé, si cette époque critique n'a pas laissé de trouble derrière elle, les malades obtiennent une période de calme qui peut durer de longues années, et continuent leur développement intellectuel. Ils terminent leurs études, qui sont souvent très brillantes, mais ils restent toujours des êtres à part. Au moral ils sont d'une sensibilité exagérée et d'une susceptibilité enfantine. Toute leur conduite est caractérisée par une tendance à discourir avec emphase, en même temps que par un affaiblissement moral et un manque d'énergie. Beaucoup, qui choisissent la carrière de savant ou d'artiste, ne peuvent arriver à passer leurs examens et à se faire une place; ils passent d'une étude à l'autre, n'ont pas de constance ; leur attention s'épuise rapidement ; ou bien le sujet ne les satisfait pas ; ou encore ils croient qu'on ne s'intéresse pas à eux, et alors ils s'arrêtent et restent maussades et mécontents.

Les caractères sont si variés (car chaque malade est un type particulier) qu'il est impossible d'en faire une description générale. Les types les plus fréquents sont représentés par des individus à intelligence cultivée et qui possèdent des notions variées mais superficielles; ils sont spirituels et abusent des jeux d'esprit ; leurs associations d'idées sont toujours bizarres ; ils se complaisent dans les lieux communs et les discours profus; leurs idées originales sont baroques ; ils exagèrent la louange et le blâme; ils sont tantôt naïfs, tantôt blasés, pleins de bons sentiments et le moment d'après agressifs; ce sont sans cesse de brusques transitions et un mélange confus de tous ces sentiments. Dans la conversation et dans leurs lettres, ils se montrent souvent spirituels, puis bornés, et tiennent, à perte de vue, des raisonnements ridicules. Ils recherchent les tournures emphatiques; si on les contredit, ils sont embarrassés et se défendent mal; ils se tiennent aux principes et n'en démordent pas; pourtant ils sont, à côté de cela, le jouet de leur humeur et de toutes sortes d'idées. Dans la vie, ce sont des êtres bizarres mais bons, qui tantôt se plaisent dans ce rôle et cherchent à briller dans le monde, tantôt fuient tout commerce, et dissimulent toutes leurs actions; ils prennent souvent des voies détournées, et quand on leur adresse la parole, ce qui leur est toujours désagréable, ils font de grands saluts et des courbettes pour cacher leur perplexité intérieure, leur agitation, leur indécision et le peu de solidité de leurs pensées.

Dans un second type, le malade affecte une grande finesse d'esprit ; il est satisfait de lui-même et fait paraître sa vanité dans la façon dont il s'exprime et s'habille; il est content de lui et pourtant il est sujet en même temps à des tendances pessimistes, ce qui tient à la pauvreté de son intelligence ; il

se plaît souvent en des spéculations philosophiques et se crée des systèmes particuliers. Il ne voit qu'un côté des choses et se lance dans des raisonnements faux et confus. Il recherche les satisfactions perverses du sens génital, sans fuir cependant le mariage; mais le mariage ne l'empêche pas de se livrer à ces actes anormaux.

Dans un troisième type, surtout fréquent chez les jeunes filles, les malades s'isolent volontiers; elles se livrent à des pratiques religieuses d'une exagération pathologique; elles aiment tout ce qui est mystique; elles sont d'une pruderie affectée dans le mariage, après avoir accepté l'union proposée soit avec un enthousiasme excessif, soit avec résignation; tantôt dès le premier jour, tantôt après quelque temps, elles montrent une grande froideur sexuelle, et font preuve d'idées excessives de chasteté.

Dans un quatrième type, la jeunesse s'abandonne à des excès de toute sorte; puis fréquemment les malades renoncent à tous les plaisirs et consacrent à un travail intellectuel exagéré les journées et les nuits; l'oisiveté reparaît ensuite, avec découragement et mépris de soi-même. Le malade hésite à choisir une carrière; il est indifférent, prononce avec suffisance des sarcasmes déplacés; n'a pas de maturité ni au point de vue social ni au point de vue politique; son enthousiasme s'enflamme aussi vite qu'il s'éteint; il manque de dignité; l'expérience de la vie ne lui est d'aucun profit. Enfin sa misanthropie augmente, parce qu'il se croit méconnu; dans son imagination, il est un héros, et dans la vie réelle il se conduit comme un enfant.

Un cinquième type très fréquent est représenté par le caractère hystérique chez l'homme et chez la femme.

Chez tous ces malades on observe un état nerveux plus ou moins accentué: céphalalgie fréquente, névralgies, irritation spinale, impressionnabilité extrême des vaso-moteurs, tendance aux épistaxis; chez les jeunes gens, pollutions fréquentes et troubles de l'énergie génitale.

La maladie peut avoir un *début* insidieux, ou bien au contraire, elle s'annonce par une excitation bruyante et furieuse. Dans le premier cas, le malade est rêveur et raisonne sans cesse à perte de vue, ou bien il éprouve le besoin de consulter toutes sortes de livres; il sent que quelque chose d'anormal se passe en lui, et cherche des explications à cet état. D'autres fois il voit distinctement sur les traits d'une femme qui vient de passer, dans ses regards, qu'elle brûle d'amour pour lui, et qu'elle veut l'épouser. Ou bien une image de la Vierge lui a fait un signe mystérieux et l'a chargé d'une mission. D'abord le malade accepte les objections, mais en ne leur accordant qu'une confiance limitée; bientôt elles sont repoussées avec colère et menaces; il s'achemine ainsi progressivement, d'une marche plus ou moins rapide, vers un état pathologique nettement caractérisé: c'est un délire de culpabilité simple, ou un délire ambitieux, parfois avec hallucinations; le plus souvent ces deux formes se combinent, et l'on se trouve en présence d'un délire dépressif avec idées de grandeurs,

ou d'un délire exalté avec idées de persécutions (suivant que l'un ou l'autre de ces éléments prédomine).

La caractéristique clinique de ces deux formes est fournie par le syndrome, qui contient des traits de la névrose héréditaire dans le cas de délire originel. Celle-ci, qui peut souvent être considérée comme un premier stade de certaines affections, produit directement la forme pathologique ultérieure, et explique le caractère dépressif ou exalté ; ainsi les natures anxieuses et faibles dès l'origine sont poussées, par les insuccès qu'elles subissent dans le monde, vers la misanthropie ou les idées de persécution ; tandis que les individus dont les sentiments et l'imagination sont exaltés, sont dès leur jeunesse des Don Quichotte, puis des êtres romanesques qui présentent bientôt un délire exalté. Une description particulière doit être donnée d'une troisième forme de délire systématisé mixte, d'autant plus que celle-ci caractérise les cas originels.

Délire systématisé mixte, dépressif et exalté. — L'apparition de ces deux éléments varie suivant les différents cas :

1° C'est le stade d'exaltation qui est observé d'abord ; le malade, raisonnant sans cesse et s'isolant jusque-là, voit tout d'un coup la *lumière ;* il a trouvé un texte dans un vieux livre, une image, ou une annonce de journal qui s'applique à lui seul et qui le concerne exclusivement. Il est né pour de grandes choses, son destin est de les exécuter. Il attend une grande fortune, une place importante ; il sait ce qu'il ignorait jusqu'alors, qu'il est d'une haute naissance et d'une grande origine ; il est fils de prince, mais un autre enfant lui a été substitué. Souvent ces malades se déclarent nobles, et réclament leurs titres nobiliaires. Mais la satisfaction fournie par ces conceptions fausses ne tarde pas à être troublée ; ces conceptions étaient survenues brusquement, et non par suite d'un raisonnement préalable ; parfois elles sont faiblement appuyées sur des évènements réels ou des idées anciennes. Maintenant, de la même façon inconsciente, se produisent des idées de persécution ; le malade croit que son nom le rend suspect, qu'on lui veut du mal parce qu'il est supérieur aux autres ; il est le fils d'un prince ; on lui a substitué un autre enfant, et des intrigues sont ourdies à ce sujet ; on a intérêt à ce que sa véritable naissance ne soit pas reconnue ; sur cette base s'établissent des idées délirantes de suspicion ;

2° Le délire de persécution peut être le premier acte du drame, auquel peuvent, plus tard, se joindre des sentiments ambitieux (le malade se sent heureux, léger comme s'il avait des ailes) ;

3° Enfin ces deux délires peuvent éclater simultanément, marcher parallèlement, s'entremêler, ou se remplacer l'un l'autre, se succéder brusquement, sans que pourtant l'un prédomine sur l'autre d'une manière durable. Ils produisent des réactions successives, tantôt un sen-

timent de bonheur, tantôt une dépression amère et résignée, prête à tout accepter.

L'affection se développe plus souvent et aussi avec plus de rapidité et de netteté, lorsque des hallucinations se sont produites ; le malade, qui jusqu'alors ne se doutait de rien, qui était tout au plus, nerveux et irritable, entend une voix qui l'interpelle (ce peut être une injure ou au contraire l'annonce de sa grandeur ; le plus souvent il entend deux voix qui alternent). Cette hallucination de l'ouïe produit en lui la conviction absolue de l'évidence ; assez souvent, au début, il lutte encore de toutes ses forces contre cette conviction ; mais les voix persistent, les *personnages* reviennent, et les pensées deviennent rapidement confuses. Il voit des symptômes qui confirment ce qu'il entend, et le sentiment de sa personnalité s'exagère de plus en plus au milieu de cette lutte continuelle. Ses persécuteurs doivent être renversés (et souvent le malade imagine des projets violents); ou bien il veut les abandonner à leur impuissance ; leurs machinations seront bientôt découvertes et mettront en relief son mérite. Si la *mauvaise voix* lui dit que sa perte est jurée, la bonne voix le console, en lui promettant que Dieu ne l'abandonnera pas dans son malheur, et le malade se résigne en pensant que ses tourments seront passagers.

Pour le développement de ces idées spéciales, dans cette forme pathologique dont les racines plongent dans toute l'individualité du malade, c'est la nature intellectuelle de chaque malade qui le produira ; de même les idées ambitieuses plus ou moins ridicules dépendent de l'instruction reçue ; ces idées ont des origines multiples, qu'elles soient déduites logiquement ou qu'elles se présentent comme une inspiration soudaine ; souvent elles sont prises dans l'histoire.

Quand l'intelligence est héréditairement bornée (développement d'une seule faculté au détriment des autres), et dans les cas où existe la combinaison du délire ambitieux et du délire de persécution, l'affaiblissement psychique apparaît manifeste à travers le brillant des conceptions délirantes et la conduite mystérieuse des malades. Ceux-ci deviennent, à l'asile, les princes et les empereurs qui réclament avec insistance leurs vêtements dorés et leur couronne, qui reçoivent tous les jours un sac plein de pièces d'argent, qui ont des milliers de soldats, etc., et qui consentent pourtant à travailler aux champs, contents de leur grandeur et de leur généalogie.

Dans cette classe doivent être rangés ces « fous » de vieille date, ces types de gaieté et de bienveillance éternelles, toujours pleins d'emphase et toujours satisfaits d'eux-mêmes ; ils cherchent des effets, font des bouffonneries, se montrent hâbleurs et se livrent toute la journée à des jeux puérils ; ils se parent de leur mieux, bavardent sans fin, racontent avec emphase des

gasconnades ; ils sont toujours satisfaits de leur activité inutile, ne peuvent se livrer à aucune occupation sérieuse, collectionnent avec un zèle infatigable, manient pendant des heures, et avec une mine importante, toutes leurs paperasses; ils se livrent toujours aux mêmes occupations futiles, manient le marteau, nettoient, badigeonnent et rient avec excès chaque fois qu'un autre malade commet une sottise. Ils vantent leur santé et leur force, puis, une heure après, confient au médecin les plaintes les moins fondées ; dans leur langage, ils passent du pathos le plus solennel aux plaisanteries cyniques. D'ailleurs ils ne manifestent pas d'idées délirantes bien caractérisées, ni d'illusions des sens. Leur mémoire est bien conservée, mais ils se tiennent toujours dans un cercle d'idées étroit. Leur jugement est faible, plus faible encore leur sens moral. Ils sont inoffensifs, ne se livrent jamais à des violences ou à des injures ; ils s'enflamment très vite, mais on les apaise facilement en leur faisant cadeau d'une pipe ou d'un cigare, etc...

Il en est autrement lorsque l'intelligence est plus développée et mieux pondérée; alors se produisent une foule de formes pathologiques de longue durée. Certains malades peuvent dissimuler leurs idées délirantes, dont ils ne font l'aveu qu'à certaines personnes choisies ; ils savent donner une apparence normale à leurs idées ambitieuses, croient avoir une place élevée et pouvoir protéger les autres, ce qui se traduit seulement par des dispositions bienveillantes envers tous; ils corrigent l'impulsion par la réflexion. De tels malades semblent à peine anormaux au public, bien qu'ils soient sans cesse en proie à leur délire expansif, et bien qu'ils tournent dans le sens de leur délire toutes les choses possibles et impossibles, tout ce qu'ils lisent dans les journaux, dans les articles à sensation. Chez d'autres, le début est marqué par une excitation plus ou moins intense ; ils écrivent des centaines de lettres, font fabriquer des insignes correspondant à leurs dignités, prennent une attitude majestueuse et réfléchie, puis se mettent en rage, puis redeviennent sentimentaux ; ils font des proclamations et des protestations de tournure mystique, recherchent les phrases ampoulées, composent des poèmes, et dans leur logique incomplète, ils se fâchent à la moindre objection, et s'irritent surtout si on a l'air de les supposer malades. Ils savent jusqu'à un certain point dissimuler, tant qu'ils ne sont pas irrités ; mais alors, et avec d'autant plus de force, éclate leur délire ambitieux, ordinairement accompagné d'une foule d'interprétations délirantes qui s'étaient formées sans qu'on s'en fût aperçu, sous le décorum et la gravité de l'extérieur. Parfois on est aussi frappé d'une certaine raideur dans la tenue, d'une recherche des ornements et de la toilette, d'une physionomie très réfléchie, détendue brusquement par un rire soudain. Assez fréquemment, au bout de quelques mois, ce paroxysme à marche irrégulière peut s'éteindre, et il ne reste que le

caractère spécial du malade et l'état bizarre du début. Jamais la maladie n'est clairement connue par le malade, mais souvent il a un sentiment vague de son état. Les idées délirantes semblent disparaître sans qu'il ait compris qu'elles étaient fausses, et sans qu'elles aient réellement été abandonnées : aussi les récidives sont-elles fréquentes, surtout chez les malades irritables et défiants.

Si la marche prend tout de suite une allure lente et chronique, le malade s'enfonce de plus en plus dans ses conceptions délirantes systématisées, la conscience et le raisonnement étant du reste en grande partie conservés. Le passé et l'avenir, les souvenirs et les événements futurs sont interprétés suivant le délire dominant, et d'une manière systématique. Le malade reconstruit des généalogies ; toutes ses perceptions sont interprétées d'une façon particulière, d'après la logique spéciale qu'il s'est faite : il n'associe pas les idées d'après leur sens, mais d'après leur simultanéité ou leur succession fortuites et cette association est toujours durable; le *post hoc, ergo propter hoc* est son raisonnement habituel.

L'association des idées est si obscure qu'elle ne peut être suivie par une autre personne ; ici, à une période avancée, on voit cette orgie de mots, ces jeux de syllabes et d'assonances qui éveillent mille conceptions hétérogènes, et qui, pendant des jours entiers, plongent le malade dans un tourbillon vertigineux de pensées, de souvenirs, de comparaisons, etc... Ainsi le malade expliquera Calvarienberg : *Cal*, c'est-à-dire Calle, fiancée (en hébreu) — *war*, c'est-à-dire était — *i*, c'est-à-dire Ignace (le plus jeune frère du malade) — *en*, c'est-à-dire Russie, le pays où était son frère. Ainsi se produisent des mots fabriqués, des dénominations spéciales et des écrits qui, composés de mots ayant un sens, ne contiennent pas une seule phrase ayant une signification nette. Si les mots forgés ne suffisent pas à ces malades, alors ils traduisent leur pensée par une foule de signes graphiques, des cercles, des lignes, des points, etc...

La conduite est de plus en plus dirigée par des idées bizarres et soudaines, par une disposition d'humeur survenant brusquement et en même temps par des hallucinations impérieuses qui se produisent sans cesse. D'après une impulsion intérieure, d'après des signes qu'il observe, d'après a hauteur du soleil ou d'après un rêve dont il se souvient, il parle, mange, ou bien doit se taire, se tenir à telle ou telle place, dans telle attitude ; les bons et les mauvais esprits luttent autour de lui ; tous les jours il entend de nouvelles menaces. Ce tiraillement continuel produit en lui une dépression douloureuse, une perplexité anxieuse qui ne lui permet aucune occupation et souvent le dégoûte de la vie.

Des phases hypochondriaques se présentent très souvent d'une façon intercurrente (parfois même elles constituent le début de l'affection); le malade se croit noirci par le démon, et transformé

dans tout son corps ; ses membres deviennent inégaux, sont raccourcis d'un côté ; il est courbé, ses organes sont disloqués. C'est ce qu'on observe également dans le délire systématisé acquis.

Somatiquement, on observe les troubles les plus multiples de la sensibilité, du système vaso-moteur et de la nutrition, toutes les formes de paresthésie, d'hyperesthésie et d'anesthésie (oppressions passagères), des troubles de la circulation, des congestions locales, une menstruation irrégulière, des paralysies et des contractures hystériques, du lanugo du visage une canitie précoce (souvent partielle).

Ainsi on peut voir évoluer cette affection pendant des années, parfois jusqu'à la mort, avec des améliorations et des aggravations, qui présentent souvent une marche à peu près périodique. Le délire ambitieux peut à d'autres époques se limiter, et même être par moments, tout à fait abandonné. Beaucoup de malades conservent à travers toutes les épreuves une conscience passable et même intacte pour certains points ; souvent ils gardent des qualités aimables, peuvent prendre part à tous les jeux, restent musiciens et poètes ; certains passent encore pour des penseurs profonds, et leurs conceptions originales, leurs déductions correctes, leurs définitions rigoureuses, un langage précis, une physionomie sérieuse, les font prendre pour des esprits philosophiques.

Une étude approfondie montre, dans ces malades, un mélange d'acuité intellectuelle et de folie avec affaiblissement psychique, de logique et d'imaginations bizarres, d'apparence de raison et d'absurdité, qui tantôt marchent parallèlement, tantôt se succèdent, d'après la disposition du moment.

Un grand nombre de malades restent sociables et aimables ; quelques-uns se prennent de passion pour certains animaux, surtout pour des oiseaux, auxquels ils ne donnent pas seulement des soins exagérés, mais qu'ils entourent d'un culte mystique (un de mes malades se suicida après la mort de son canari préféré). D'autres se renferment dans l'égoïsme le plus étroit, et montrent en même temps une misanthropie, une dureté et une irritabilité croissantes, de sorte que la moindre contradiction une demande inopportune ou suffit à déchaîner un orage. D'autres encore sont indolents et apathiques. Parfois le paroxysme s'éteint, et les malades se rétablissent (en gardant leur caractère antérieur) et sont rendus à leurs occupations et à leurs familles ; cette amélioration peut durer pendant des années et même devenir définitive.

Après un ou plusieurs accès, la déchéance intellectuelle peut sem-

bler menaçante (ce qui est toujours d'un pronostic difficile); elle s'établit progressivement et avec des temps d'arrêt.

Les vestiges de l'ancien délire ambitieux ou dépressif avec idées de persécution persistent, mais l'intensité en est moindre, et le malade cherche à effacer l'impression défavorable qui en résulte, par des plaisanteries plates ou des observations niaises. Ces jeux de mots deviennent parfois une manie constante; ce sont des satires, des ironies; ou bien ils trahissent un besoin de se faire remarquer, et, dans tous les cas, dénoncent l'exagération du sentiment de la personnalité; en même temps ces malades sont querelleurs et veulent toujours avoir raison. Bientôt ces aliénés conseillent à tous les discussions et les disputes, et couvrent de leur écriture des morceaux de papier, les journaux, les livres, les murailles; dans ces griffonnages, leur aberrarion devient de plus en plus manifeste. L'humeur passe d'un extrême à l'autre, de l'irritabilité à l'indifférence; les intérêts les plus élevés ne les touchent plus. Les erreurs des sens persistent très multiples, et les interprétations en sont toujours plus bizarres et plus niaises; rarement ces illusions ont un caractère impératif, et elles n'ont guère d'effet ultérieur.

Souvent même les malades ont conscience de la confusion croissante de leurs idées, mais ils ne s'en affligent pas. Quelquefois, au contraire, des phases de mélancolie se produisent brusquement, sans que rien les ait amenées; les malades deviennent sombres, s'isolent dans un coin, et gardent pendant toute la journée une physionomie triste, le regard fixé à terre, et les yeux pleins de larmes; ils sont méfiants, dorment mal, et leur digestion est troublée; ils donnent à leur tristesse toutes sortes de motifs, mais rarement un motif suffisant.

C'est ainsi que les manifestations intellectuelles se répètent; tous les jours, ce sont les mêmes plaintes, les mêmes désirs cent fois répétés, mais l'émotion devient chaque jour plus faible. Le moi cherche à sortir de l'incertitude où il se débat; d'où naît le besoin de vérifier sans cesse, de questionner, et le malade, pour tâcher de s'orienter, dispose avec une précision minutieuse tous les objets et les meubles de sa chambre, règle avec le même soin les occupations de sa journée. Il examine tout, répète dix fois le même examen, et pose sur le même sujet mille questions. Son intelligence se manifeste d'une manière toujours plus effacée; il est de plus en plus perplexe et minutieux; il se contredit et rétracte ce qu'il vient d'avancer; il doute de ce qu'il vient de dire à l'instant même. Par suite de cette indécision et de l'affaiblissement croissant de la mémoire, on observe des lacunes de plus en plus grandes dans ses discours et dans ses connaissances.

Le sentiment des convenances s'affaiblit, bien que les malades conservent une tenue extérieure et des allures assez correctes; mais les sentiments délicats diminuent tous les jours. Les malades ne recherchent plus que les jouissances banales des sens; ils mangent sans choix et avec gloutonnerie,

se masturbent quand ils le peuvent, cachent leurs excréments dans des vêtements, dans des tiroirs, etc... L'intelligence, qui semblait pendant assez longtemps relativement conservée au milieu d'une déchéance générale qu'elle ne pouvait arrêter, s'affaiblit peu à peu, et la démence est proche ; les idées deviennent confuses au point d'être incompréhensibles ; le malade s'amuse à faire des dessins ridicules, écrit des fragments de phrases dénués de sens, recommence pendant tout le jour des calculs bizarres, se livre à des actes absurdes, s'étend tout de son long par terre, gesticule, etc... Parfois il s'excite et devient violent ; en règle générale, il reste indifférent, tout en déchirant et en détruisant ce qu'il peut atteindre. Un délire ambitieux, portant le cachet de la démence et comprenant les idées les plus étranges, se montre assez fréquemment au milieu de cette nuit intellectuelle ; mais, à mesure que les années s'écoulent, cette dernière lueur disparaît ; les malades deviennent inférieurs à des enfants, ne s'affligent pas d'ailleurs, ne comprennent rien de ce qui les entoure ; ils parlent rarement, s'expriment plutôt par gestes, font un signe de tête amical ou sourient vaguement. Leurs journées sont toujours les mêmes, monotones et vides, de sorte que leur existence peut être résumée par cette inscription funéraire : « Il mangea, but, dormit, prisa, et mourut. »

Quand il existe une tendance érotique, on observe fréquemment des perversions sexuelles dans les périodes avancées de l'affection ; les malades croient avoir changé de sexe, prennent les vêtements et les allures de ce sexe nouveau ; les hommes se font une poitrine artificielle ; enfin le drame se termine par une maladie somatique, la phthisie ou l'apoplexie.

Le début de la phthisie est souvent l'occasion de nouvelles plaintes hypochondriaques, qui deviennent tout à fait prédominantes ; en même temps on observe une résignation attristée, de sorte que le malade, plus apathique, délire moins, et demande seulement que la vie lui soit conservée.

Traitement. — Le séjour à l'asile est indispensable ; les indications du traitement sont fournies par les phases si changeantes, qui nécessitent les mêmes soins que les phases analogues des affections non originelles. Assez souvent, après un séjour temporaire dans l'asile, les malades peuvent vivre au dehors pendant plusieurs années.

E. — FOLIE HÉRÉDITAIRE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE. — MORAL INSANITY.

On comprend sous cette dénomination tous les états pathologiques caractérisés cliniquement par une absence ou une perversion des sentiments moraux et par une conduite correspondant à cet état morbide, l'intelligence restant en général bien conservée. La *démence morale* n'est pas une entité pathologique; ce sont les états psychiques (ou plutôt l'affection cérébrale sur lesquels elle se développe) qui déterminent sa forme clinique; tels sont certains états maniaques, surtout périodiques ou circulaires, les psychoses hystériques, alcooliques, paralytiques, épileptiques et traumatiques. Dans tous ces cas, l'affaiblissement moral peut se présenter passagèrement ou d'une manière durable, en modifiant le syndrome, en imprimant un cachet spécial à l'aspect clinique, l'intelligence restant souvent remarquablement épargnée. C'est pour cette raison qu'on dit ordinairement « manie compliquée de *moral insanity* », ou bien « trouble psychique de nature hystérique ou maniaque, auquel a succédé la folie morale ». Aussi procède-t-on pour les dénominations comme pour certaines formes précédant le délire aigu; celui-ci peut apparaître d'emblée, ou succéder à différents états psychopathiques, et cependant il représente un syndrôme constant, dont la marche est connue; il en est de même pour la *moral insanity*. Cette folie morale succède, par exemple, à la névrose héréditaire qui lui donnera des traits essentiels; dans ce cas, la folie morale n'est que le développement simple et naturel de la disposition pathologique. D'autre part, nous opposerons à ce type pur la folie morale acquise, qui comprend les formes dégénératives des psychonévroses; dans ce second groupe, l'intelligence est plus ou moins atteinte, d'après l'affection psychique antérieure (voy. plus loin). Les idées délirantes ne produisent cependant pas la conduite anormale du malade; ce sont des idées vagues (ce sont d'ordinaire des idées de persécution); d'autre part, elles servent à expliquer les impulsions et les sentiments anormaux. Du reste, la folie morale acquise peut aussi se présenter comme une faiblesse psychique générale sans délire (voy. ce mot).

Pour comprendre la psychologie de ces états, il faut établir d'abord que la racine de notre sensibilité morale, la faculté de compatir, plonge dans le plus profond de notre être, et que nous sommes nés avec ce germe d'où sortira notre caractère particulier; nous naissons avec notre caractère moral; les causes extérieures, la vie et l'éducation, produisent le développe-

ment moral; mais, si grande que soit l'influence de l'éducation, elle ne peut pas transformer complètement ce fond moral transmis héréditairement; elle peut arrêter et limiter nos tendances morales naturelles, et les diriger par la récompense et la punition selon les exigences de la vie; mais l'appréciation involontaire des sentiments moraux, le besoin intérieur que nous éprouvons de juger les idées non d'après l'utilité, mais d'après notre nature humaine, ne peuvent être produits par l'éducation seule. Si nous sommes égoïstes ou altruistes, cela tient non pas à nous, mais aux dispositions psychiques que nous avons reçues héréditairement; à ce point de vue moral comme au point de vue intellectuel, les enfants sont doués de diverses façons. Aux bienfaiteurs de l'humanité sont opposés les idiots moraux. Nous l'avons dit plus haut, ces lacunes importantes peuvent aussi être acquises, comme la cécité des couleurs peut être congénitale ou déterminée par une affection cérébrale; l'organe moral de ces individus est insensible, ce sont des aveugles moraux. Ce qui est remarquable, c'est la conservation relative de l'intelligence; le raisonnement est intact, si les idées sont altérées; il n'est troublé que sur un point : c'est que l'activité intellectuelle obéit surtout aux tendances et aux impulsions perverses, et que, malgré son énergie, elle est incapable de s'appliquer à autre chose. C'est ce qu'on appelle la folie raisonnante, dans laquelle l'intelligence est rabaissée au rôle de justifier toutes les perversions morales; à ce point de vue, ce plaidoyer brillant semble une tâche forcée, dont l'intelligence doit se débarrasser; et une brillante étroitesse d'esprit représente, en réalité, l'acuité apparente de l'intelligence, qui doit justifier les actes dictés par une volonté pathologique. Dans ce groupe, on trouve beaucoup de cas d'affaiblissement psychique de tous les degrés et de toutes les nuances; on voit des idiots intellectuels à côté d'idiots moraux; mais, en règle générale, dans les dégénérescences les plus marquées, la défectuosité morale l'emporte de beaucoup sur la défectuosité intellectuelle. Ces malades connaissent fort bien les prescriptions de la morale, et sont capables de dire ce qu'on doit faire et ne pas faire; mais en pratique, ce sont des menteurs, des voleurs et même des assassins. Ils ne savent pas, en morale, passer de la théorie à la pratique; c'est là un caractère qu'on retrouve dans beaucoup de cas de folie morale. Les conceptions morales ne font pas toujours défaut, mais elles ne sont suivies d'aucun effet; elles n'ont pas d'influence sur les déterminations, et restent à l'état de notions abstraites.

La *démence morale* peut avoir ce caractère psychologique, mais on peut aussi en observer un *autre;* les sentiments moraux ne sont ni absents ni même émoussés, mais une émotilité exagérée fait que les jugements moraux ne peuvent pas se manifester, ou bien leur influence ne peut lutter contre les impulsions égoïstes dont l'intensité est beaucoup plus grande. Le caractère présente plusieurs modifications, plusieurs types différents : 1° les malades ont besoin de se faire valoir et de paraître, sont satisfaits d'eux-mêmes à un haut degré; 2° ils sont susceptibles, s'irritent si l'on s'oppose à un de leurs désirs, et se livrent à un emportement aveugle; ils sont hyperesthésiques pour leur propre compte, et anesthésiques pour celui des autres; 3° l'intelligence paraît intacte, permet une certaine logi-

que et des raisonnements; mais elle est superficielle, et n'empêche pas les malades de se contredire eux-mêmes; ils font de grandes phrases et cherchent à briller sur toutes sortes de sujets; mais leur intelligence est stérile. Tels sont les traits psychologiques fondamentaux de la névrose constitutionnelle que l'on voit développés dans les 3e, 5e, et 7e types de la folie hystérique (voy. ce mot); c'est la *folie morale irritable* des dégénérés hystérique. Souvent l'apparition de ces symptômes est périodique ou circulaire. ces cas, on retrouve une méfiance universelle, qui peut passagèrement devenir un délire de persécution.

Pour les signes somatiques, et surtout les anomalies crâniennes, voir *Idiotie* et *Délire systématisé originel.*

SYMPTOMATOLOGIE.

La forme originelle présente de bonne heure le même développement que la névrose héréditaire, mais en même temps apparaissent les signes d'une perversion morale (défectuosité du sens moral). Non seulement ces malades ont un caractère spécial, capricieux, égoïste à l'excès, mais ce sont des enfants qui n'ont rien de l'enfant; ils ne montrent aucun respect pour leurs parents, aucune affection pour leurs frères et leurs sœurs, aucune compassion pour les animaux; les louanges et les punitions les laissent également indifférents; les exhortations ne les touchent pas ou les font persévérer davantage dans leur conduite. De très bonne heure, ils aiment à faire le mal et à enfreindre toutes les défenses, et cette tendance augmente à mesure qu'ils deviennent plus habiles dans le mal. Le mensonge et la dissimulation, malgré tous les efforts de l'éducation, leur sont chers, et ils y recourent sans cesse. Les joies et les douleurs de leurs parents ne les touchent pas, ou n'éveillent en eux qu'un sentiment fugace; si l'on a cherché à les redresser par des moyens énergiques, ils n'en sont que plus arrogants et plus déterminés, et ils retombent sans cesse dans les mêmes fautes. Souvent on est effrayé de leur voir manifester très tôt les pires tendances, le besoin de voler, la méchanceté, et même la cruauté envers leurs camarades. Pinel a cité l'observation d'un enfant qui jeta à l'eau un de ses camarades pour une discussion futile, et le repoussa du bord auquel il se cramponnait. Envoyés à l'école, ces jeunes malades ne sont modifiés qu'en apparence; s'ils sont mal doués intellectuellement, ils ne répondent nullement aux soins de leurs maîtres; dans le cas contraire l'intelligence se développe, mais souvent d'une manière inégale qui étonne; à côté d'une faculté brillante, on en trouve d'autres qui sont restés rudimentaires; l'intelligence est très vive pour certains sujets, et pourtant certaines choses fort simples ne peuvent être comprises. On observe assez souvent

des phases diverses dans le développement intellectuel ; des périodes de travail et d'activité intellectuelle alternent avec des périodes de paresse et d'engourdissement. En même temps que l'intelligence grandit, l'imperfection morale apparaît plus profonde, surtout chez les sujets irritables ; si ces enfants avaient donné de mauvais exemples par leur paresse périodique, les punitions en font des révoltés, dont l'hostilité se traduit ouvertement ou sournoisement. La crainte seule les contient pendant un certain temps, mais bientôt ils la surmontent, et menacent de se venger, de se tuer, et font des préparatifs tragiques de suicide pour se rendre intéressants et pour épouvanter leur famille ; dans le même but ils simulent des maladies, des crachements de sang. Par suite de ce dessèchement des sentiments moraux, de toute affection, et de cette absence de tout but élevé, les malades sont de plus en plus aigris contre ceux qui les entourent, ou bien montrent un amour-propre exagéré ; aussi leur égoïsme augmente-t-il toujours. Ils sont en lutte contre leurs parents et contre leurs maîtres, et font toutes sortes d'esclandres.

Parfois ils sont en proie à une vanité qui les rend prodigues et les pousse à faire des achats absurdes et des cadeaux insensés, vanité qui prend son origine surtout dans le sentiment intime de leur faiblesse et dans le besoin de chercher chez les autres un appui. On remarque souvent le besoin impulsif isolé de posséder certains objets (porte-monnaie, photographies), qu'ils achètent par centaines, soit de leur argent, soit au moyen d'emprunts, et qu'ils abandonnent dans un coin sans les utiliser.

Ils sont menteurs et calomniateurs. Un procès récent (en Hongrie) a eu pour triste héros un de ces individus. Parfois aussi ils commettent des crimes, et les cours d'assises ont à juger de ces jeunes criminels. La plupart d'entre eux sont en conflit continuel avec les lois (vols, vagabondage, incendies).

Le besoin pathologique d'*errer* et de *vagabonder* s'observe chez ces individus à lacunes morales, et il est malheureusement fréquent de leur voir passer ainsi toute leur existence, sans que la prison ni les souffrances qu'ils endurent puissent les corriger. Ils commettent aussi toutes sortes d'extravagances coupables, ils prennent de faux noms, font de leur existence des récits romanesques, qui résultent au fond, pour le psychologue, d'un mélange d'idées de persécution et d'idées ambitieuses ; la moitié du récit est seule vraie, mais le narrateur est convaincu comme un malade atteint de délire systématisé. Ils supportent les privations, les souffrances, les sévérité de la justice plutôt que d'abandonner un iota de leurs prétentions généalogiques. Presque toujours ces déshérités portent des stigmates de la dégénérescence dans leur physionomie et la conformation de leur crâne. Ces affections sont très souvent compliquées d'intoxication par l'alcool, auquel ces malheureux ont trop souvent recours.

A cette époque on observe souvent aussi une périodicité ; la méchanceté instinctive ne se manifeste pas constamment, mais par intervalles ; cette périodicité se rattache souvent aux états nerveux qui sont eux-mêmes variables chez ces malades, et correspond à l'exaltation et à la dépression successives du sentiment personnel. L'impulsion pathologique dépend de l'humeur du moment, elle est aveugle, et s'accompagne souvent de délire démonomaniaque ; ces malades ne tiennent aucun compte des conséquences de leurs actes, ni même des dommages qui peuvent en résulter pour eux-mêmes. Le besoin pathologique devient une impulsion impérieuse, qui pousse à mille délits absurdes et sans but ; le côté morbide de l'acte pervers est masqué, autant que possible, par des discussions sans fin.

Presque toujours ces malheureux, qui troublent la paix de leur maison et la paix publique, ont été, antérieurement, l'objet de soins destinés à les corriger. Ils passent d'un collège à l'autre, sont renvoyés dans leur famille, font preuve, dans ces circonstances, de remords, et manifestent de meilleures intentions pour l'avenir ; mais ils retombent toujours dans les mêmes fautes. Ce sont toujours les autres qu'ils accusent d'être les coupables. Quand on les prend en flagrant délit d'apathie et de paresse, ils s'excusent sur les mauvais traitements qu'on leur a fait subir, ou sur des préoccupations hypochondriaques qui les tourmentent. Quand, au moment de la puberté, ou même plus tôt, le besoin sexuel s'éveille et tend à se manifester, les idées de cet ordre excluent les autres ; outre le cynisme, et la satisfaction bestiale mais normale de ce besoin, on observe assez souvent un onanisme effréné, et des perversions sexuelles (pédérastie, sodomie, viol, etc.), qui exposent ces individus aux sévérités de la loi.

Arrivés à l'âge adulte, ces malades présentent dans le caractère le manque de maturité des névropathes héréditaires, accentué encore par les désirs égoïstes de jouissances et le besoin de satisfaire ces appétits sans se laisser arrêter par aucune considération ; c'est ainsi qu'ils deviennent des joueurs, des buveurs de profession, des processifs, et recherchent les scandales.

Beaucoup de ces hommes, incomplets moralement, semblent posséder une intelligence tout à fait intacte, et même se montrent astucieux et habiles ; mais cette acuité intellectuelle n'est réelle que pour certaines facultés ; les jugements sont toujours préconçus et dictés par des idées vagues de persécution accompagnées d'un grand égoïsme, ou par une vanité délirante ; c'est seulement une apparence de raison qui est conservée. Chez beaucoup de ces malades, on voit, à côté de cette intelligence rétrécie, une imagination déréglée qui se plaît à construire des plans aventureux (explorations dans les forêts vierges de l'Amérique ; chasses au lion, etc...) ; très souvent aussi, les idées sont faussées comme chez les hystériques ; la cons-

cience subit de nombreuses variations, d'où résultent des états également variables des perceptions, des jugements et de l'humeur. Ainsi s'expliquent certains manques de réflexion et cette disposition au mensonge, qui résultent forcément du trouble de l'association des idées.

Ces malades, indolents et apathiques, ou bien irritables et inconstants, ou encore égoïstes et passionnés, commettent une foule de délits, et font souffrir leur famille. Soldats, ils se rendent coupables d'insubordination, et ne peuvent être corrigés par les punitions les plus sévères.

Pour les femmes surtout, le mariage favorise l'exagération des troubles moraux, sous la forme d'une irritabilité extrême. Légères, vaniteuses, avides de plaisirs, elles deviennent définitivement pathologiques; parfois elles cherchent à s'enfuir, dès leur voyage de noces, pour des motifs futiles; elles manifestent ouvertement à leur mari le dégoût le plus profond pour la maternité; si cependant elles deviennent enceintes, au lieu d'amour maternel elles manifestent la plus violente colère, accablent de reproches et de malédictions leurs maris, et maudissent même l'enfant qu'elles portent. Après l'accouchement, la mère est manifestement indifférente envers son enfant, qu'elle confie aussitôt à une nourrice, dans la crainte d'altérer sa beauté par l'allaitement; même elle se sert de cet enfant pour obliger le mari à satisfaire ses désirs égoïstes; si ce dernier lui oppose un refus, elle maltraite l'enfant et menace parfois de le tuer. Les grossesses suivantes se passent de même, avec une acuité plus grande des symptômes; quand elle apprend qu'elle est de nouveau enceinte, cette femme entre dans la plus violente fureur et menace son mari; elle lui prodigue les injures les plus graves, et fait preuve d'un cynisme révoltant. De plus, elle se plaint sans cesse d'être malheureuse, d'être maltraitée par son mari, qu'elle calomnie auprès de ses serviteurs en divulguant les secrets de leur vie conjugale; elle a toujours raison, et discute avec une faconde inépuisable pour établir mille assertions mensongères. Elle se livre à un gaspillage effréné, souvent en volant son mari; elle accumule une quantité absurde de coûteuses toilettes, suit les modes les plus excentriques; manifeste la plus présompteuse vanité, et cherche toujours à passer pour une jeune fille; telles sont ses seules occupations; elle ne se préoccupe pas du gaspillage de la fortune commune, des scènes douloureuses de son intérieur, de la destruction du bonheur des siens. Quand on lui fait des remontrances sérieuses ou qu'on s'oppose à ses désirs, elle menace de se suicider, ou fait une scène d'attendrissement, et reprend bientôt la même existence. Les enfants sont abandonnés à eux-mêmes, déplorablement élevés; on leur inculque la haine de leur propre père. Ces jeunes débauchées qui ne veulent supporter aucune contrainte, et qui menacent souvent, dans leurs colères, d'entrer dans une maison de prostitution, montrent assez souvent envers leur mari une jalousie furieuse, parfois s'arment d'un révolver et font de sérieuses tentatives de meurtre. Aux phases d'excitation succède une détente, pendant laquelle les malades sont

repliées sur elles-mêmes, méfiantes, et simulent la mélancolie (parfois elles sont en proie à une mélancolie véritable).

Cette description clinique, scrupuleusement exacte, ne convient pas, par bonheur, à la généralité des cas; le plus souvent ces excès sont arrêtés par l'intervention de la justice ou par un placement dans un asile. Mais, dans les deux cas, la perversion impulsive n'est pas calmée, et malgré la discipline réglementaire, ces tendances diaboliques ne s'affaiblissent pas, et le sens moral ne peut être réveillé. Ces malades restent indociles ou même rebelles aux lois sociales; ils intriguent, ou sont furieux, hypocrites ou arrogants; ils cherchent à résister par les moyens les plus extrêmes, font des méprises préméditées, discutent avec effronterie, et sont ainsi une calamité véritable dans un asile. De leurs actes pervers, du mal qu'ils ont fait aux autres, ils n'éprouvent aucun remords : ils restent indifférents ou affirment qu'ils étaient dans leur droit.

La maladie dans sa marche ultérieure, et surtout sous l'influence de la réclusion, qui est intolérable pour ces malheureux, se modifie assez fréquemment. Les modifications les plus fréquentes sont les manies intercurrentes; celles-ci ont des manifestations plus ou moins intellectuelles; tantôt c'est un besoin continuel de troubler la discipline de l'asile, de contrarier les autres malades, de contrecarrer les prescriptions du médecin; ces malades ont d'eux-mêmes une très haute opinion; ils sont irritables, capricieux et excessivement changeants; montrent un égoïsme déplaisant et souvent brutal. Tantôt l'excitabilité pathologique est d'un ordre inférieur; la conduite est cynique; les malades détruisent, salissent, sont malfaisants, non pas sous l'influence d'une impulsion qui s'accompagnerait de confusion de la conscience et d'obnubilation des sens, mais avec toutes les apparences de la préméditation, d'une méchanceté active et raffinée. Au milieu de tous ces actes pervers, l'intelligence est toujours — et cela est caractéristique — relativement conservée; mais elle ne sert qu'à justifier par toutes sortes de mauvaises raisons les actes qu'elle n'a pas pu empêcher (voy. plus haut). Rien n'attaque plus fortement la doctrine du libre arbitre que les actions de ces individus affaiblis moralement et excités, actes qui semblent corrects, adaptés à un but et qui sont défendus avec énergie; ces actes ne sont pourtant que des réflexes résultant d'une perversion et d'une irritabilité morbides, d'une excitabilité pathologique des régions cérébrales psycho-motrices, et d'un affaiblissement moral. Les raisonnements qui cherchent ensuite à justifier l'acte sont insuffisants pour démontrer l'intégrité intellectuelle, qui n'est plus qu'apparente; cette intelligence ne peut plus trouver de motifs véritables, mais seulement des motifs imagi-

naires, et cache, sous les raisonnements faux et l'étalage de beaux sentiments, un trouble profond qui ne lui permet plus de reconnaître les erreurs grossières qu'elle commet.

Remarquons que ces états d'excitation, s'ils peuvent se développer, comme nous venons de le dire, sur un terrain moral originellement mauvais, peuvent aussi être *acquis;* ils sont alors l'expression ou la conséquence d'une dégénérescence cérébrale qui résulte soit d'accès répétés de manie ordinaire, soit d'un affaiblissement constitutionnel (excès vénériens et bachiques, causes d'une folie morale progressivement développée). Beaucoup de folies circulaires présentent aussi cette symptomatologie, ainsi que certaines folies périodiques (voy. ce mot). Je voudrais comprendre tous ces états sous la désignation générique de *manies avec dégénérescence;* le mot de *manies* caractérise brièvement l'aspect extérieur du malade, et l'agitation intellectuelle pathologique; mais le caractère essentiel de ces états consiste dans la dégénérescence, c'est-à-dire dans la conservation partielle de l'intelligence, accompagnée du délire des actes, et surtout dans la démence morale ou l'affaiblissement moral. En clinique, tous ces cas sont polymorphes et ont une marche ordinairement périodique (voy. *Dégénérescence dans la névrose héréditaire*).

La description clinique ultérieure de ces états d'excitation avec dégénérescence est celle du développement des éléments psycho-pathologiques qui les constituent.

Les malades internés conservent souvent pendant des mois et des années une excitation psycho-motrice et toutes les manifestations d'un cynisme raffiné; ils déchirent, salissent, sont d'une honteuse obscénité, non seulement pour se satisfaire eux-mêmes, mais pour être désagréables et porter préjudice aux autres. Par fanfaronnade, ils avalent des pierres, des morceaux de verre, des hannetons vivants, etc... pour donner au médecin des inquiétudes et l'obliger à s'occuper d'eux. Ils sont turbulents ou d'une méchanceté réfléchie envers ceux qui les entourent. Ils sont rusés et sournois, menteurs et dissimulés; aujourd'hui ils chicanent et discutent ouvertement, demain ils seront hypocrites et feront montre d'une douceur jésuitique. Il n'est pas de perversité morale qu'ils ne puissent montrer; non seulement leurs paroles et leur conduite sont trompeuses, mais ils cherchent à corrompre les autres malades, les excitent à la révolte ou aux actes contre nature; ils volent et mentent avec impudence, se livrent à de grossières railleries, bousculent leurs compagnons inoffensifs, les pincent jusqu'au sang, ou leur arrachent les cheveux; ils détruisent les vêtements des victimes qu'ils ont choisies, et souillent leur aliments, en se cachant avec soin. Ils résistent ouvertement ou sournoisement aux tentatives qu'on fait pour les améliorer, accueillent les remontrances par des éclats de rire, une admonestation sévère par des facéties, des violences ou des menaces. La marche est rémittente avec des exacerbations; dans les rémissions, on observe ordinairement une certaine tranquillité indifférente, parfois même les malades ont vaguement conscience de leur affection, et prodiguent les remerciements

serviles et intéressés pour les soins qu'ils reçoivent. A mesure que les rechutes se multiplient, ces vestiges de bons sentiments disparaissent de plus en plus, et ces malades sont le fléau des asiles. Parfois, mais rarement, la tendance aux actes pervers peut être enrayée, mais la déchéance psychique n'est pas pour cela conjurée; elle est seulement retardée, ce qui est déjà un résultat satisfaisant. Les accès isolés de folie morale avec excitation peuvent être séparés aussi par de longs intervalles (accès périodiques).

La folie morale peut encore se terminer par un délire chronique de persécution; des épisodes d'hallucinations se produisent assez fréquemment. Dans beaucoup d'autres cas, enfin, les symptômes sont stationnaires pendant toute la vie du malade (lent acheminement vers la démence). Les tendances perverses sont contenues par le règlement et la discipline de l'asile ; ainsi soutenus, certains de ces malades peuvent trouver, dans le monde déjà compliqué de l'asile, un petit emploi où ils peuvent utiliser ce qui leur reste de facultés intellectuelles. Quelques-uns peuvent s'améliorer au point de vivre convenablement au dehors, tout en restant des intelligences invalides.

Dans certains cas bien nets, j'ai observé un rétablissement durable; les malades ont pu remplir parfaitement les devoirs de leur profession.

Un *traitement* exact et profitable ne peut être institué que dans un asile; il doit être à la fois psychique (pédagogie médicale) et somatique. Au point de vue psychique, les indications ont été formulées pour l'hystérie; somatiquement, il faudra tenir compte du moindre trouble fonctionnel; la guérison de certaines anémies profondes, s'accompagnant d'irrégularité dans la menstruation et d'excitation génitale, produit une amélioration de l'état intellectuel et de l'état moral. Il faut continuer le traitement avec persévérance; chez les jeunes sujets, dans les accès périodiques qui débutent au moment de la puberté, un traitement médical bien compris et une sage pédagogie peuvent être parfois couronnés de succès. L'idiotie morale congénitale doit être traitée dans les colonies d'aliénés, à la campagne; là on peut empêcher une déchéance trop profonde; là ces malades, les plus infortunés de tous, trouvent un milieu approprié à leur situation, et, d'autre part, la société se trouve ainsi protégée (les délits sont devenus impossibles, et surtout ces malades ne peuvent avoir de descendance).

IDIOTIE

Bibliographie. — Stahl, *Contributions*, etc., 1848. — Griesinger, *Traité*. — Ireland, *Idiocy and imbecillity*, Londres, 1877 (monogr. détaillée). — Du même, *Edinb. med. Journal*, 1882 (diagn. et pronostic). — Bourneville et d'Olier, *Recherches clin. et thérap.*, etc. Paris, 1881. — Bircher, *Goitre endémique*, etc. Bâle, 1883. — *Ann. méd. psych.*, 1882 (discussion). — Charpentier, *Progrès médical*, 1882 (cachexie pachyd.); *Ann. d'hygiène publique*, 1882 (étiologie). — Berkhan, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37, 191 et 275 (microcéphales et idiots du Brunswick). — Hammond, *Neur. Contrib.*, 1879. — Urquhart, Brain, 1880. — Magnan, *Al. et neur.*, 1882. — Beach, *Journ. of ment. sc.*, 1881. — Schaw, *Ibid.*, 1882; et *Brit. med. Journ.*, 1882. — Beach, *Journ. of ment. sc.*, 1883. — Mickle, *Ibid.* — Major, *Ibid.* (atrophie et sclérose). — Bourneville, etc., *Arch. de neur.*, 1880 et 1881 (sclérose disséminée avec nodosités multiples); et *Progrès médical*, 1885. — Luys, *l'Encéph.*, 1881. — Fraser, Brain, 1881. — Schuttleworth, *Congrès méd. internal.*, 1881 (crânes). — Baistrocchi, *Riv. sper.*, 1880. — Tamburini, *Ibid.*, 1881; et *Arch. Ital.*, 1881. — Gonzalès, *Ibid.* — L. Meyer, *Arch. f. Psych.*, I (crania progen.). — Du même, *Ibid.*, 5. — Jastrowitz, *Arch. f. Psych.*, 3 (encéphal. et myél.). — Hartdegen, *Ibid.*, 11 (gliome ganglio-cellulaire chez un nouveau-né). — Pollak, *Ibid.*, 12 (sclérose mult., absence du corps calleux). — Binswanger, *Ibid.* (malformation cérébr.). — Kirchhoff, *Ibid.*, 13. — Reinhard, *Ibid.* (cerv. d'idiots). — Jensen, *Ibid.*, 14. — Kortum, *Ibid.*, 15. — Otto, *Ibid.*, 16 (porencéphalie). — Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 26 (porencéphalie). — Richter, *Ibid.*, 38 (malformations). — Kundrat, *Porencéphalie* (monogr.), 1882. — Hitzig, *Ziemssen's Handb.*, vol. 11. — Coën, *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1881 (langage). — Berkhan, *Arch. f. Psych.*, 14 (langage). — Ireland, Brain, 1881 (écriture). — Peretti, *Berl. klin. Woch.*, 1882 (écriture). — Scholz, *Viert. f. ger. med.*, vol. 36. — **Microcéphalie** : Vogt, *Arch. f. Anthrop.*, 2. — Luschka, *Ibid.*, 5. — Schüle, *Ibid.*, 8. — Bischoff (Helena Becker), *Abhdlg. d. bayr. Akad. d. Wiss.* II, *Cl.* 11. — Mierzejewski, *Sitzgsber. d. Berl. anthr. Ges.*, 1872. — Sander, *Arch. f. Psych.*, 1. - Jensen, *Ibid.*, 10. — Æby, *Arch. f. Anthrop.*, 6 et 7. — Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32. — Schaaffhausen (Émile Tepler), *Sitzgsber. d. Niederrh. Gesellsch.*, 1877. — Hagen, *Phys. med. Sitzgsber.* Erlangen, 1872; *Anthr. Congress.* Stuttgart (Vogt, Virchow, Ecker), 1872. — Friederich (Bertha Rämer), *Monogr.* — Falkenheim, *Berl. klin. Woch.*, 1882. — Bourneville et Vuillamié, *Arch. de neur.*, 1882 et 1883. — Wolff, *Descript. morpholog. du cerveau d'un idiot et d'un microcéphale.* Francfort, 1885. — **Physiologie clinique** : Steffen, *Maladies de l'enfance.* — Gerhardt, *Maladies des enfants*, 5. — **Anatomie et développement du crâne** : Gudden, *Études expérimentales*, Arch. f. Psych., 2; et *Monogr.* Munich, 1874, et travaux de Virchow et Welcker, etc. — **Anatomie pathologique** : Meynert, *Jahrb. f. Psych.*, 1879. — **Hébéphrénie** : Kahlbaum et Hecker, *Virch. Arch.*, 52; et *Irrenfreund*, 1877. — Sterz, *Jahrb. f. Psych.*, 1879. Fink, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37.

On désigne sous ce terme d'*idiotie* tous les arrêts de développement des facultés psychiques déterminés par une cause congénitale ou consécutive à la naissance. On peut chercher à classer les différents cas d'idiotie : 1° au point de vue de la physiologie clinique; 2° en formant des « familles naturelles », d'après l'ensemble des signes psychiques, physiques et crâniologiques.

Une classification étiologique, permettant de séparer nettement les

différents cas, serait ici artificielle et prématurée, comme pour les autres cérébro-psychoses; mais les considérations étiologiques servent à distinguer certaines variétés. On ne peut non plus baser une classification sur le *langage*, car on n'a pas seulement affaire, chez les idiots, à des troubles intellectuels.

CLASSIFICATION CLINIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.

Dans tous les états d'idiotie, il s'agit d'arrêts du développement psychique; aussi est-on naturellement tenté de distinguer certains degrés d'arrêt psychique, de même qu'on admet certains degrés différents du développement normal. Cela est possible pour une grande classe d'idiots, les imbéciles (voy. plus bas).

Les formes les plus graves d'idiotie (idiots déments) sont difficiles à comparer au développement normal de l'enfant.

La différence fondamentale de la faiblesse d'esprit apathique et de la faiblesse irritable se retrouve dans tous les degrés de l'idiotie, tout en étant quelquefois peu marquée; elle est surtout nette dans les cas graves d'imbécillité, moins accentuée dans les cas légers et moyens, et dans l'idiotie absolue. Dans cette dernière variété, certains cas sont difficiles à classer. Ainsi les idées changent constamment, se modifient sous l'influence des faits extérieurs; mais ce cercle d'idées est si restreint, que malgré (ou plutôt par suite de) cette agitation continuelle, la forme apparaît comme anergétique.

1. Idiotie absolue.

Vie impulsive et végétative. Absence de conscience, de langage; manifestations inarticulées, traduisant le plaisir et la peine, qui correspondent à des impressions grossières des sens. Pas de conceptions. Mouvements automatiques; tous les actes ont le caractère de simples réflexes. Mémoire presque nulle; idée très vague de l'espace et du temps. Ces idiots sont incapables d'éducation. Entre eux et l'homme normalement constitué au point de vue psychique, il est impossible d'établir aucune relation intellectuelle.

Symptômes cliniques. — *a*) La conscience est nulle; les perceptions sont nulles ou tout à fait élémentaires (impressions vives portant sur les sens). La mémoire est également rudimentaire, parfois ces idiots reconnaissent les personnes, ou bien les endroits où l'on serre les friandises. Quelques-uns ont un certain goût pour la musique. La vie intellectuelle est nulle. Ces malades sont incapables de lire ou d'écrire, tout au plus peuvent-ils compter jusqu'à dix. Quant à l'absence du langage, il faut remarquer que certains malades ont pu essayer

d'apprendre à parler pendant leurs premières années; mais ils ont oublié le peu qu'ils avaient appris. Ils marmottent encore certains mots, rapidement, et sans exprimer une idée quelconque. Le langage n'est représenté que par des sons inarticulés (cris ou plaintes) qui sont plus énergiques s'il s'agit de témoigner un sentiment pénible. L'odorat et le goût sont presque nuls, de sorte que les idiots mâchent et avalent toutes sortes de choses répugnantes.

b) Aspect extérieur; motilité. — L'expression du visage présente les types les plus variés de physionomie; les traits sont souvent bien proportionnés, mais l'absence de pensée n'en est que plus frappante. Parfois on voit ces malades témoigner leurs sentiments agréables et pénibles par des mouvements de la face. Il est intéressant de faire remarquer ce fait, que, pendant le sommeil, l'expression du visage est agréable et douce, tandis que, pendant la veille, le visage devient un masque inerte. On observe quelquefois des mouvements choréiques du visage et des membres; d'autres malades présentent une agitation générale de tous les muscles; chez d'autres encore, les mains sont agitées de mouvements qui rappellent l'athétose; la partie supérieure du corps se balance d'avant en arrière; des mouvements convulsifs agitent les sterno-cléïdo-mastoïdiens, etc. La coordination manque totalement, de sorte que l'idiot est incapable de se déplacer; ou bien cette coordination est possible seulement pour les mouvements nécessaires à la préhension des objets et des aliments. Certains malades, quand ils marchent, penchent le tronc en arrière comme font les ivrognes. La force musculaire est assez fréquemment amoindrie. Il existe des atrophies musculaires partielles et des paralysies ou un tremblement provoqué par les mouvements intentionnels. Les contractures partielles sont également fréquentes, ainsi que l'attitude en griffe de la main. Il faut pousser ces malades pour leur faire accomplir les actes les plus simples; il faut les faire manger, les habiller et les déshabiller. Très souvent les sphincters ne fonctionnent plus; parfois la déglutition se fait mal (voy. plus loin, *Symptômes somatiques*).

c) Sentiments affectifs. — Dans l'idiotie la plus profonde, il n'existe plus ni joie ni douleur; l'indifférence est absolue. La mauvaise humeur se traduit seulement par des cris plus énergiques (voy. plus haut), le bien-être par d'autres sons inarticulés, par une sorte de ronron, et en même temps par des balancements automatiques du corps. La colère violente se manifeste par une mimique expressive : l'idiot se roule à terre; dans la douleur intense, les larmes coulent. Il n'existe pas de sentiments affectifs, ou bien ils sont absolument rudimentaires.

La marche est continue, ou interrompue par des accès périodiques d'excitation. Dans ce dernier cas, l'agitation motrice s'exagère, l'idiot marmotte des sons confus, ou pousse des cris de colère, les mouvements

automatiques sont plus énergiques. Parfois on constate des vomissements; le pharynx et la bouche sont animés de mouvements de rumination.

2. Imbécillité.

La classe placée au-dessus du groupe précédent, caractérisé par l'absence de toute vie intellectuelle, et qui se continue insensiblement avec celle-ci, est l'imbécillité, dont les degrés sont infiniment variables; l'imbécillité très légère se confond avec la sottise et la faiblesse d'esprit d'individus qu'on peut appeler normaux.

Ce qui donne à l'imbécillité un cachet nettement pathologique, c'est l'arrêt définitif du développement psychique encore incomplet. Ainsi se trouvent posées les limites de cette classe, en haut et en bas. L'idiot absolu ne se développe pas, parce qu'il n'est jamais capable de recevoir une éducation quelconque; la possibilité d'apprendre existe, au contraire, chez l'imbécile; celui-ci possède un moi qui connaît le monde extérieur et entre en relations avec lui, bien que ces relations soient très simples (elles se bornent à quelques mots ou à des gestes). L'arrêt de développement peut se produire à différentes époques, d'où les différentes variétés d'imbécillité.

Nous distinguerons : *a*) l'imbécillité profonde (toute éducation est ici impossible); *b*) l'imbécillité moyenne ou légère (ces individus sont éducables). Le premier groupe comprend les cas où l'arrêt de développement survient dans le premier âge (jusqu'à trois ou quatre ans). Le second renferme tous les cas situés entre les précédents et l'état normal.

Cette distinction est moins arbitraire qu'on ne pourrait le penser tout d'abord; les deux périodes de l'enfance sont très distinctes, et le passage de l'une à l'autre est une époque importante pour le développement de la personnalité. Elles sont nettement séparées par le développement du processus psycho-physique le plus élevé, par la *parole;* à ce moment, en effet, le langage n'est plus le babillage puéril de l'enfant, mais il devient méthodique et se conforme aux lois de la grammaire et de la syntaxe. Cette distinction est aussi autorisée au point de vue pratique; car, à cette époque de la vie, on peut bien penser à l'éducation et à la discipline, mais non à un enseignement proprement dit; aussi les imbéciles dont le développement s'est arrêté avant la seconde période de l'enfance sont-ils incapables de recevoir l'instruction ordinaire. En comparant les périodes du développement normal aux différents degrés de l'imbécillité, il faut savoir que les arrêts de développement ne portent pas toujours sur tout l'ensemble psychique, mais que des développements partiels exagérés coexistent presque toujours avec un arrêt de la plus grande partie de

l'ensemble, et qu'il existe aussi les complications les plus variées psycho-pathologiques et névropathiques. L'imbécile présente un développement non pas harmonique (comme chez l'enfant normal), mais fragmenté et incomplet.

a) Imbécillité profonde, non susceptible d'éducation (Idiotie).

Le développement psychique s'arrête définitivement dans les premières années de la vie ; la parole est défectueuse, l'individu n'a aucune notion de grammaire et de syntaxe; l'articulation des mots est souvent difficile. Les deux formes anergétique et éréthique d'imbécillité se distinguent nettement; la seconde prédomine et s'accompagne souvent d'excitation périodique. Les imbéciles ont un peu de l'imagination des enfants normaux. Il est possible de les discipliner jusqu'à un certain point. Quant à l'éducation, elle n'est pas possible, parce que l'imbécile excité est incapable d'attention réfléchie, et que l'imbécile anergétique est indifférent avec une sorte de bonhomie bizarre. L'éducation par la vue est seule possible. Il n'existe aucune idée religieuse ou morale.

Symptômes. — α) *Intelligence et sentiments affectifs.* — Ces malades connaissent certains objets situés dans leur entourage et savent leur donner un nom; ils les reconnaissent aussi sur un dessin. Les imbéciles apathiques ne s'intéressent à rien, et ne cherchent pas à faire quoi que ce soit ; tandis que les imbéciles excités font preuve d'une perception souvent vive; mais l'effort cesse aussitôt et ne laisse aucun profit, par suite du manque d'attention. Beaucoup de ces malades ne connaissent pas leur nom ; certains connaissent leur nom et celui de leurs parents. Les plus intelligents peuvent compter jusqu'à des nombres plus élevés ; mais si on les trouble au milieu de leur énumération en leur faisant sauter quelques nombres, ils ne sont plus capables de continuer. Ils éprouvent d'une façon remarquable le besoin d'imiter les autres, et parfois un besoin de simulation maladroite. Ce qui est aussi caractéristique, c'est l'imagination déréglée de certains de ces malades : les personnes qui les entourent deviennent pour eux des êtres fantastiques (parfois ils ont des hallucinations) et leurs poupées sont réellement pour eux des êtres animés. Quelques-uns savent encore trouver des amusements assez intelligents. Au point de vue des sentiments affectifs, ils ne connaissent que des sentiments de plaisir et de peine, qu'ils expriment avec beaucoup de brusquerie, et qui se succèdent rapidement, souvent sans motif appréciable. Ils ont un certain attachement pour ceux qui les entourent, mais ce sentiment n'est jamais profond. Quelques-uns montrent cependant une certaine bonhomie et quelques tendances sociales; ils sont bienveillants et

accueillants. En général ils ne peuvent pas recevoir une éducation quelconque ; pourtant lorsqu'on sait les diriger, ils s'habituent à une certaine discipline.

Le *langage* est défectueux, limité à un petit nombre de phrases incorrectes. Ces malades emploient presque toujours l'infinitif ; ils ne possèdent que très peu de mots, le plus souvent quelques substantifs et quelques interjections. Souvent ils répètent, pour toute réponse, les phrases prononcées devant eux, mais ils ne les comprennent pas. D'autres intercalent dans la conversation des mots qui n'ont aucun rapport avec la question ; d'autres enfin répètent le dernier mot qu'ils ont entendu (écholalie). Il est intéressant d'observer les troubles de l'articulation, ainsi que les expédients auxquels les malades ont recours pour y remédier.

Certains se trompent de lettres ; d'autres sautent les premières syllabes des mots, mais seulement quand ils parlent *spontanément ;* au contraire, ils répètent exactement les mots qu'ils ont entendus, et articulent alors toutes les syllabes. Les mots renfermant plusieurs consonnes sont souvent altérés pour que la prononciation soit plus facile (Grangruft pour Franckfurt) ; *n* est prononcé *gne*, $z = l$, $t = d$, *sch* = *gg*, etc..

β) *Habitus extérieurs ; motilité.* — On rencontre ici les types les plus variés : microcéphalie, aspect crétinoïde, et conformation normale de la tête. L'expression du visage est lourde et niaise, ou bien les traits se contractent continuellement comme dans la chorée. Les uns ont toujours les lèvres entr'ouvertes par un sourire exprimant la satisfaction, les autres ont continuellement une physionomie sombre et méfiante. Le visage est parfois caractérisé par l'exagération du nez et du menton qui tendent à se rejoindre (casse-noisette) ; ou bien il rappelle la conformation de la tête du hérisson, la tête est allongée en avant, le nez et la bouche s'avançant, comme la trompe du tapir. Ces malades ont une attitude molle, ou sont au contraire dans une agitation continuelle et font des mouvements associés et précipités lorsqu'on leur pose une question inattendue. En marchant, ils sautillent, traînent les pieds, ou piétinent sur place. Leur équilibre est compromis s'ils ferment les yeux lorsqu'ils sont debout. Les mouvements des membres supérieurs sont mal coordonnés et maladroits (voy., plus loin, *Symptômes somatiques*).

γ) *Fonctions sensorielles et sensibles.* — Elles sont souvent intactes ou très légèrement troublées (voy. plus loin).

L'état de ces malades reste stationnaire ; il s'aggrave très lentement, ou bien il est interrompu par des phases irrégulières d'excitation qui surviennent soit spontanément, soit sous l'influence de causes extérieures (raptus violents avec besoin de détruire ; ils griffent, arra-

chent). Suivant l'âge où l'idiotie s'est produite, les malades restent au degré de développement psychique où ils ont été arrêtés, ou bien ils perdent lentement le peu qu'ils avaient acquis. D'autres, au contraire, font quelques légers progrès, et on peut leur donner une occupation mécanique facile; mais c'est là tout ce qu'il est possible d'obtenir (pour les complications de nature épileptique, voy. plus loin).

b) Imbécillité de degré moyen et léger.

Si l'on peut établir une comparaison à peu près exacte entre l'imbécillité profonde et le développement normal des enfants, et, de cette manière, apprécier l'époque à laquelle s'est produit l'arrêt pathologique, cette comparaison n'est pas possible pour les degrés léger et moyen; car ces états se rapprochent très souvent de l'état normal; cependant il s'agit toujours d'un arrêt de développement. Ces individus dépassent les premières années de l'enfance et atteignent assez rapidement le développement psychique d'un enfant normal de six à douze ans. Certains phénomènes particuliers se produisent quelquefois; par exemple on voit apparaître des appétits sexuels normaux ou pervertis; mais les malades restent exactement les mêmes pour l'ensemble des fonctions psychiques. Dans un certain sens, on peut dire qu'ils ne vieillissent pas; ils restent des adolescents, malgré la barbe qui leur couvre le visage; ils sont toujours satisfaits, et se réjouissent des moindres faits nouveaux qui rompent la monotonie de leur existence. Ils sont contents d'eux-mêmes, et se croient des hommes complets si on leur permet de fumer un cigare, ou si on leur dit « vous » en leur parlant.

Au point de vue psychologique, notons que le type anergétique domine ici, tandis que dans la variété précédente il était plus fréquent de rencontrer de l'excitation. Les conceptions, les associations d'idées sont incroyablement lentes; mais elles sont encore logiques; aussi ces individus peuvent-ils, le plus souvent, acquérir et associer un petit nombre d'idées, qui suffit pour une existence très simple; jamais ils ne sont capables de dépasser ce point et de quitter cette ornière une fois tracée. Le besoin de lutter pour l'existence ne peut les en faire sortir. En même temps ils n'ont aucune conscience de leur affection, de leur nature incomplète, et cela surprend, bien que la psychologie nous en explique la raison. On est surpris de voir que ces imbéciles qui travaillent dans l'asile, qui voient leurs amis, leurs frères dans une situation indépendante et libre, n'éprouvent pas aussi le besoin de s'appartenir et de se diriger eux-mêmes. Par moments, ils manifestent quelquefois ce désir d'une façon soudaine, mais ils ne persis-

tent pas, et préfèrent la vie de l'asile, où la voie est pour eux toute tracée.

Dans la sphère morale, la lacune n'est pas moins marquée que dans la sphère intellectuelle; ces individus sont tout à fait comparables, à ce point de vue des sentiments moraux, aux épileptiques dont les fonctions psychiques se sont affaiblies avec l'âge. Il n'existe pas d'égoïsme plus étroit que celui de ces idiots, et la vie de l'asile, avec les obligations morales qu'elle comporte, ne parvient pas, malgré les affirmations qu'on trouve dans les rapports des asiles d'idiots, à modifier ces dispositions. On admet comme incontestable la réalité de l'attachement et des sentiments religieux chez les imbéciles; beaucoup d'individus atteints d'imbécillité légère paraissent aimables et affectueux, mais ces sentiments n'ont pas de racines profondes, et l'on peut comparer justement ces malades au chien qui caresse ceux qui le flattent.

Ainsi presque tous ces malades sont joyeux de voir mourir un de leurs camarades, parce qu'ils assisteront à un enterrement, ce qui n'arrive pas tous les jours. De même pour les sentiments religieux, dont on parlait tant à propos des établissements fondés par des religieux pour les idiots et imbéciles. D'après les essais qui ont été faits dans le bel asile de Stetten, les récits simples de la Bible ont pourtant une bonne influence sur l'intelligence et le cœur de ces malades.

Les sentiments de famille sont généralement très faibles; les imbéciles manquent absolument d'amour-propre, de cette disposition qui, chez les enfants normaux, est si utile pour développer les sentiments d'honneur. Ils ne se sont pas assimilé d'idées religieuses et morales; ils n'ont pas le sentiment du devoir; ils montrent une indifférence morale qui n'est interrompue, par moments, que par une tendance impulsive au crime; il faut combattre cette tendance par la surveillance sévère de l'asile. La morale et la religion ne sont pas plus importantes pour eux que les préceptes de la discipline ordinaire.

Cette ignorance des devoirs sociaux fait comprendre comment ces imbéciles sont apathiques et ne connaissent pas l'ennui. L'exagération des appétits sexuels normaux est, d'après Wildermuth, exceptionnelle chez eux; par contre, l'onanisme est fréquent, ainsi que la perversion du sens génital.

Il existe des troubles caractéristiques de la parole : le langage est embrouillé, certaines syllabes sont supprimées, l'articulation est difficile; les adverbes sont employés à tort et à travers. On rencontre aussi des cas dans lesquels le trouble de la parole ne correspond pas à l'état des facultés psychiques; il est comparable à l'aphasie chez les adultes normaux.

Le sens artistique des imbéciles est rarement exceptionnel, bien

qu'on l'ait vanté trop souvent. Ces facultés, si on les examine de près, ne sont, en réalité, qu'à l'état rudimentaire.

On distingue les types cliniques suivants :

1. *Imbécillité simple avec apathie.* — Pauvreté intellectuelle, unie le plus souvent à une constitution affaiblie, et à de l'anémie. En même temps que l'intelligence est affaiblie, les sentiments affectifs sont presque nuls; les imbéciles sont tout à fait indifférents, ne témoignent ni sympathie ni antipathie. Ce sont des enfants arriérés, qui, après des tentatives répétées et infructueuses d'instruction, sont amenés dans les asiles ; là, un enseignement patient et approprié à leur état peut donner des résultats assez favorables.

Ils connaissent ceux qui les entourent, se souviennent des noms et des personnes, apprennent la lecture, l'écriture et les premiers éléments du calcul. Ils ne manifestent aucune activité spontanée, aucun ennui, ne désirent pas modifier leur situation. On peut les employer à des travaux faciles. Presque tous se montrent sociables et de bonne volonté.

2. *Imbécillité avec délire ambitieux.* — Ce groupe forme la transition entre la forme précédente, apathique, et la suivante, caractérisée par de l'éréthisme. Les facultés intellectuelles ne sont pas plus développées que dans le groupe précédent, mais la conception est plus vive. Ces imbéciles aiment à paraître, et manifestent des idées ambitieuses niaises : l'un compose des romans, l'autre des sermons, etc... ; souvent leur ambition puérile sera satisfaite par des ornements extérieurs, par un uniforme brillant, par exemple. Leur extérieur donne une impression tragi-comique. L'imagination est ici plus vive que dans le groupe précédent.

Ils apprennent à lire, à écrire, à compter, montrent même un certain goût pour diverses occupations. Ils sont tantôt maussades et querelleurs, tantôt bienveillants et satisfaits ; à la moindre contradiction, ils s'emportent et ont des accès de colère.

3. *Imbécillité avec éréthisme.* — Ce groupe comprend les formes éréthiques, qui sont rares dans les degrés moyens d'imbécillité. Il se rapproche des formes correspondantes de l'imbécillité profonde. Au lieu de répéter ce qu'ils entendent, comme des perroquets, ces individus marmottent des mots confus, coupent leurs discours de phrases incohérentes et sans rapport avec le sujet.

Ils sont maladroits et agités, racontent longuement et avec des éclats de voix les choses les plus insignifiantes. Leur attention ne peut se fixer sur un point déterminé, ce qui rend tout enseignement très difficile. Ils apprennent à lire, à écrire, à compter ; on peut même leur inculquer certaines idées religieuses. Mais il est impossible de leur faire apprendre un métier, même simple, leur attention ne pouvant

être fixée sur rien. Dans leur conduite et leurs gestes, ils aiment les exagérations burlesques. Quelques-uns font preuve d'une certaine ruse. Il en est qui ne peuvent acquérir la notion du temps. Une question inattendue les plonge dans la confusion et l'anxiété; mais ils s'en tirent parfois d'une façon amusante en passant aussitôt à un autre sujet. Si leur situation ordinaire est changée, ils sont incapables de se diriger. Le langage est vague, les pléonasmes sont continuels, les adverbes sont employés à tort et à travers. Ils sont inoffensifs et assez dociles, mais ils n'ont pas de sentiments profonds; ils vont régulièrement à l'église pendant des années, mais ils n'arrivent pas à avoir une conception un peu nette de Dieu. Ils ne croient pas qu'ils doivent mourir. Quelques-uns sont périodiquement déprimés, ont des raptus violents et détruisent, puis manifestent des remords puérils et versent des larmes.

4. *Imbécillité avec aphasie.* — Ce groupe comprend des cas où l'on constate un trouble frappant de la parole, allant même jusqu'à l'aphasie, alors que les fonctions psychiques sont relativement développées. Il faut y faire rentrer quelques-uns de ces malades que Griesinger appelait *kleine drollige Käuze*, les uns microcéphales, les autres atteints de macrocéphalie.

Ils ne sont pas inintelligents; ils sont capables d'apprendre, exacts, sociables, attentifs à ce qu'on fait autour d'eux; ils sont assez adroits de leurs mains, lisent, écrivent (mais souvent ils comptent fort mal). Ils se rapprochent tantôt du type apathique, tantôt du type éréthique. Tous présentent des troubles importants de la parole : ordinairement, quand ils épèlent, ils prononcent bien toutes les lettres, mais, quand ils articulent le mot entier, ils hésitent; les consonnes sont modifiées et remplacées par un son qui se trouve entre *n* et *gl*. Quelques-uns éprouvent un certain malaise en constatant leur incapacité à s'exprimer, et cherchent à y remédier par une mimique expressive et des jeux de physionomie.

5. *Type de moral insanity.* — L'imperfection morale est ici beaucoup plus importante et plus saillante que l'imperfection intellectuelle. Les symptômes de la folie morale dominent la scène, et souvent leur apparition est périodique.

Les malades de cette catégorie connaissent les premières règles de la vie sociale; ils peuvent recevoir à l'école une certaine instruction. Ils apprennent automatiquement, mais leurs connaissances ne sont ni raisonnées ni approfondies. Ils récitent imperturbablement des préceptes de morale, qu'ils ont violés un moment auparavant, et ils ne s'aperçoivent pas de cette contradiction. Des actes immoraux et surtout des vols sont des délits fréquemments commis par eux; souvent ces vols sont inutiles, mais ils n'en sont pas moins accom-

plis avec beaucoup de ruse et d'adresse. L'onanisme est habituel.

6. *Imbécillité hébéphrénique.* — Dans ce groupe rentrent certains cas de folie juvénile qui se sont terminés par imbécillité, ou qui compliquaient l'imbécillité.

Ces malades sont ordinairement des enfants chargés d'une lourde tare héréditaire, qui, après avoir été normaux pendant leurs premières années, présentaient de bonne heure et sans cause appréciable, une tendance marquée à la dépression et à l'exaltation; parfois même ils étaient excités pendant des mois, et l'on observait chez eux une grande confusion intellectuelle et des hallucinations. Ces états sont presque toujours curables; mais les petits malades restent ensuite paresseux d'esprit, d'humeur remarquablement indolente; ou bien ils sont toujours mobiles, très distraits, ne sont capables ni de persistance ni d'attention réfléchie. On a alors affaire à une imbécillité véritable, de caractère apathique ou éréthique; le développement psychique est définitivement arrêté, et aucune éducation n'est plus possible. Des troubles somatiques légers (embarras gastrique) provoquent immédiatement des hallucinations et de l'excitation. Chez les jeunes filles, la menstruation détermine une psychose cataméniale qui reparaît souvent d'une façon typique au début des règles. Chez les jeunes gens aussi, qui à seize ans ont l'air d'en avoir seulement douze, on voit se produire des phases d'excitation périodique ou cyclique, de courte durée (8 à 14 jours), séparées par des intervalles de plusieurs semaines. Les phases maniaques ressemblent aux types rencontrés chez les adultes; les malades se livrent à un bavardage puéril et confus, gesticulent comme des marionnettes, grimacent, plaisantent; ils émettent mille souhaits, forgent mille projets et prodiguent les fanfaronnades; des épisodes d'anxiété hypochondriaque alternent avec ces phases maniaques. Un autre type correspond à un état de colère et d'irritation, le malade menace et frappe ceux qui l'entourent; c'est une *moral insanity* maniaque. Ordinairement cette excitation s'apaise peu à peu, et l'on voit persister une excentricité niaise et continuelle, ou une irritabilité sombre; dans les deux cas, il existe des lacunes morales très considérables. Les perversions du sens génital sont en même temps très fréquentes (onanisme effréné).

On observe aussi, chez les imbéciles de cette catégorie, la maladie du doute; dans un cas elle succéda à une perplexité générale, le malade ne se sentant plus capable de remplir son emploi.

L'*hébéphrénie* proprement dite, la folie de la puberté, suivant le mot de Kahlbaum et Hecker, doit être placée ici, bien qu'elle ne se développe pas toujours chez des imbéciles; mais, dans la grande majorité des cas, elle se termine par une imbécillité définitive. L'hérédité joue un rôle étiologique prédominant; puis viennent l'onanisme et les

traumatismes de la tête; une cause fréquente et active est une sévérité pédante et exagérée des éducateurs. En général, le processus pathologique qui détermine l'bébéphrénie doit être considéré comme un trouble du développement psychique au moment et par suite de la puberté; « les notions nouvellement acquises et mal assimilées se dissocient et disparaissent, surtout les idées générales et élevées. Ce processus arrête le développement psychique et détermine une sorte particulière d'imbécillité, où l'on ne retrouve plus que les ruines de l'éducation primitive; tout reste dans une immobilité définitive. » Dans les cas *particuliers*, le début de la maladie est précédé par une phase de mélancolie; la dépression n'est pas profonde, et elle varie sans motif apparent; il semble que le malade se plaise à accepter, puis à chasser cette tristesse. Dans l'intervalle de ces heures sombres, il se montre expansif, rit et plaisante niaisement. Les contrastes les plus heurtés se succèdent sans cesse. La conduite du malade est bizarre; il a une tendance à commettre des actes ridicules, qui n'ont pas de but déterminé (mais qui paraissent être dictés par la méchanceté). D'autres sont des vagabonds incorrigibles. La façon dont les idées se traduisent, surtout par le langage et l'écriture, est remarquable par les modifications qu'elle présente. Dans ces écrits, on remarque des ellipses continuelles, et en même temps des redondances (style du « petit Charles Miessnik, dans le journal le *Kladderadatsch* »); certaines tournures et certaines phrases reviennent sans cesse. Dans le langage, il en est de même : les malades emploient certaines expressions locales, des termes empruntés au répertoire particulier des juifs ou des officiers; cela donne au langage un caractère tout spécial. Ils se plaisent à toutes sortes d'idées bizarres et de fanfaronnades. En résumé, l'aspect général est celui d'une imbécillité de nature éréthique, qui tend à se transformer peu à peu pour devenir apathique. On peut observer une guérison qui se maintient pendant un temps plus ou moins long; mais il survient ordinairement ensuite de l'excitation, de l'obnubilation de la conscience, des raptus impulsifs, des hallucinations, et la déchéance psychique est progressivement atteinte. — J'ai vu aussi une phase d'hypochondrie profonde se produire chez un masturbateur; ce jeune homme se suicida.

COMPLICATIONS SOMATIQUES DE L'IDIOTIE.

a) *Épilepsie.* — Elle a été rencontrée trente fois sur cent, d'après les observations faites à Stetten. Elle ne détermine pas de troubles psychiques importants lorsqu'elle est seulement une complication de cette forme; mais lorsqu'elle *produit* l'idiotie, son importance est autrement grande; son influence est pernicieuse, et d'autant plus

grave qu'elle intervient plus tôt. Parmi les sujets épileptiques à l'âge de un ou deux ans, 50 p. 100 deviennent des idiots absolus, et 10 p. 100 seulement sont capables d'une certaine éducation (voy. p. 258).

b) *Troubles spinaux* (Paralysie spasmodique).

e) *Hémiparésie*, par atrophie cérébrale partielle, avec atrophie musculaire et contracture.

Les troubles de la coordination motrice sans affection cérébrale caractérisée sont très fréquents dans tous les cas d'imbécillité profonde. Il faut beaucoup de soins et de patience pour apprendre à ces malheureux à faire des mouvements même très simples (par exemple, le geste de porter les aliments à la bouche). Il est surtout fréquent de constater cette incoordination dans la marche et dans la station debout; les imbéciles marchent en sautillant ou en traînant les pieds, et se balancent lourdement. Le signe de Romberg est très fréquent; les deux côtés du corps ne présentent pas la même énergie motrice; ordinairement les réflexes tendineux ne sont pas les mêmes des deux côtés, sans qu'il existe cependant de lésion hémilatérale marquée. Les mouvements choréiques, sous la forme de contractions du visage et d'agitation des mains, sont aussi très fréquemment observés; dans un cas, ils étaient hémilatéraux, sans hémiparésie bien nette.

d) *Monoparésies; tremblement; phénomènes bulbaires.* — Les monoparésies se montrent sous la forme de paralysies isolées, frappant certains groupes musculaires. Dans un cas, l'innervation des muscles de la face n'était pas équivalente des deux côtés; mais les mouvements mimiques étaient également défectueux à droite et à gauche. Le muscle buccinateur se contractait mal; le maxillaire inférieur n'était plus soutenu. Le malade ne pouvait sortir de sa bouche sa langue, qu'il lui était très difficile de mouvoir. La déglutition était troublée. Il articulait très difficilement, et les consonnes prenaient toutes un timbre nasal (*t*=*tn*; *l* et *m*=*ng*; *k*=*ong*; *r*=*ch*). — Il est assez fréquent d'observer du ptosis double, du strabisme, et des troubles d'innervation dans la sphère du facial. Le tremblement agite de secousses continues la tête, les bras et les jambes; dans les gestes intentionnels, on voit se produire des mouvements d'athétose. Des symptômes bulbaires légers sont aussi habituels dans l'idiotie de degré moyen.

e) Les troubles de la sphère sensorielle et sensible sont beaucoup plus rares que les troubles de la coordination motrice. Le toucher est conservé chez la plupart des idiots, de même que le sens musculaire et le sens de la température. La sensibilité à la douleur est plus souvent affaiblie. Il est rare que l'odorat soit aboli, mais il est fréquemment diminué. De même l'ouïe présente rarement des troubles graves (si les idiots entendent mal, la cause en est ordinairement psychique).

Il n'est pas non plus fréquent de rencontrer des lésions marquées du fond de l'œil.

f) *Les troubles de la nutrition générale* sont surtout la scrofule, l'anémie et la tuberculose. Les troubles aigus du système gastro-intestinal sont assez fréquents. Il est intéressant de remarquer que la plupart des idiots n'ont presque pas besoin de sommeil et délirent très rarement dans le cours d'une affection fébrile.

g) *Stigmates de dégénérescence.* — α) Malformations de l'*oreille :* forme particulièrement lourde et disgracieuse ; les oreilles sont aplaties ou s'écartent de la tête comme deux anses ; le pavillon est asymétrique ; l'oreille est tronquée comme chez les aztèques. — β) *Œil :* altérations du fond de l'œil ; coloboma ; anomalies de la pigmentation ; albinisme ; présence de fibres nerveuses à myéline dans la rétine ; anomalies de la forme de la papille ; déplacement du point d'émergence de l'artère centrale ; anomalies de la pigmentation de l'iris (Schleich, Wildermuth). — γ) *Voûte palatine* et *maxillaire inférieur :* bec-de-lièvre ; courbure ogivale de la voûte ; dents chevauchant les unes sur les autres ; ou bien palais très aplati, les os incisifs étant proéminents ; menton fortement relevé. — δ) Les *dents* sont cariées, inclinées, chevauchent les unes sur les autres. — ε) La *peau* présente des rides profondes ; elle est épaissie et ferme, surtout au front, au-dessus de l'orbite. Hémiatrophie de la face. — ζ) *Organes génitaux :* cryptorchidie. Les stigmates de dégénérescence se rencontrent 75 fois p. 100 chez les idiots.

FORMES DIVERSES DU CRANE CHEZ LES IDIOTS; FAMILLES NATURELLES.

Il est difficile de caractériser un crâne d'idiot, c'est-à-dire de savoir si un crâne est ou n'est pas pathologique (en dehors des cas extrêmes), parce que l'on ne connaît pas suffisamment les crânes d'enfants normaux aux différents degrés de leur développement.

1. *Crânes microcéphales.* — On distingue :

a) *La microcéphalie typique* (tête d'Aztèque).

Caractères : Aplatissement de la moitié postérieure du crâne ; front fuyant, se continuant directement avec le nez ; le crâne est quelquefois, non toujours, comparable à un coin, dont le sommet serait en avant. Petite taille.

Au point de vue anatomique, ces caractères sont très nets ; ils le sont beaucoup moins en clinique ; il n'existe pas d'habitus particulier. Parmi les 9 malades de ce genre qui sont actuellement dans l'établissement de Stetten, il n'y a pas un idiot absolu ; 3 sont atteints d'imbécillité profonde, 6 d'imbécillité moyenne ou légère.

b) *Microcéphalie sans déformation.* — Tous les diamètres du crâne sont diminués, mais ont entre eux les mêmes relations qu'à l'état normal.

On peut établir, dans ce groupe, deux types cliniques nettement caractérisés :

α. Tête ovoïde, bien arrondie ; tous les diamètres sont diminués ; le front et le nez sont séparés par une dépression. Ces individus sont des idiots absolus avec éréthisme, et des imbéciles de tous les degrés ; mais, même dans les formes les plus légères, ils présentent des troubles cérébraux graves (troubles considérables de la parole ; symptômes bulbaires).

β. Crâne fortement brachycéphale, haut, surtout aplati d'avant en arrière ; nous trouvons ici des cas d'imbécillité profonde, avec humeur très mobile passant d'une amabilité grossière à l'entêtement le plus opiniâtre ; ces individus sont disciplinables, mais ne peuvent être instruits ; ils sont chargés d'une lourde tare héréditaire ; ils ne parlent pas ou n'ont qu'un langage rudimentaire ; ils imitent, comme les enfants, ceux qui les entourent. Troubles très intenses de la coordination dans les membres inférieurs. Démarche incertaine, sans parésie bien marquée ; langue large et massive. Physionomie lourde et grossière. Peau du visage dure, épaisse.

2. *Macrocéphalie.* — Ici se rangent l'hydrocéphalie et le crétinisme. Cliniquement, on trouve toutes les formes de l'idiotie absolue et de l'imbécillité ; apathie ; troubles de la parole presque toujours considérables, contrastant avec l'ensemble des fonctions psychiques (ces individus sont capables d'éducation). Pas de troubles de la coordination ni de l'énergie motrice. Peau froide. Taille extrêmement petite. C'est dans ce groupe que rentrent certains nabots gentils et comiques.

3. *Crânes de forme normale.* — « Crania progenæa » de L. Meyer ; troubles de développement caractérisés par des synostoses prématurées. La physionomie est assez intelligente. Les variétés anatomiques sont très nombreuses.

Les crânes sont de forme carrée ; le diamètre antéro-postérieur est raccourci. La partie postérieure de la tête est allongée, et on peut l'envelopper de la main, comme on prendrait le cervelet. Ossification de la suture lambdoïde. Orthognathisme marqué. Malformations crâniennes, déplacements, dépressions ou aplatissements hémi-latéraux, etc... Ces anomalies se rencontrent souvent aussi chez des aliénés atteints de délire systématisé originel. Chez la plupart des idiots (formes moyenne et légère d'imbécillité), on ne trouve du reste aucune anomalie bien évidente.

Idiots de Stetten classés d'après la forme du crâne.

		IDIOTIE ABSOLUE.				IMBÉCILLITÉ PROFONDE.				IMBÉCILLITÉ MOY. ET LÉGÈRE.				TOTAL.
		ANERG.		ÉRÉTH.		ANERG.		ÉRÉTH.		ANERG.		ÉRÉTH.		
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Crânes normaux		2	0	2	0	3	0	7	0	41	7	6	1	69
Crânes microcéphales.	Typiques	0	0	0	0	1	0	1	0	5	1	1	0	9
	Atypiques	1	0	1	1	1	6	3	6	9	6	1	2	37
Crânes macrocéphales.	Hydrocéphales	1	0	0	0	1	0	0	0	6	1	0	0	9
	Non hydrocéphales.	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
		4	0	3	1	6	6	11	6	64	15	8	3	127

Pour l'anatomie pathologique, je me bornerai à donner quelques observations nouvelles, non encore publiées, et que je dois aussi à l'obligeance de M. Wildermuth, de Stetten.

I. — *Sclérose disséminée de l'écorce cérébrale avec nodosités* (voy. Brückner, Bourneville).

M. A., seize ans, né à terme ; développement physique normal ; pendant son développement psychique, il se faisait remarquer par un état d'agitation et d'excitation avec faiblesse des facultés intellectuelles ; a fréquenté l'école avec quelque profit. A partir de la troisième année, état épileptoïde, constitué d'abord par des convulsions cloniques des membres et un trouble léger de la conscience ; peu à peu les attaques devinrent plus nettes ; elles se répétaient tous les quinze jours, par série de deux ou trois accès. En 1881, aspect satisfaisant. Atrophie de la moitié droite du visage ; pavillon de l'oreille épais, s'écartant de la tête ; voûte palatine aplatie ; pas de strabisme ; pas d'affaiblissement musculaire ni de troubles de la sensibilité. L'ouïe est dure du côté gauche. La parole est lente, hésitante, mais sans bégayement. Démarche normale ; si les yeux sont fermés quand l'individu est debout, il a une tendance à perdre l'équilibre. Faiblesse d'esprit modérée ; conception lente. Avant les attaques épileptiques, il présente une irritabilité très marquée, et invective les personnes qui l'entourent (par

suite d'interprétations fausses). Ces attaques sont suivies d'un sentiment d'euphorie et d'expansion, mais sans bien-être intérieur. Les accès sont toujours nocturnes, non précédés d'aura; ils débutent par un cri; convulsions généralisées, mais plus violentes du côté droit; pendant l'acmé de l'accès, congestion intense du visage, puis somnolence; amnésie. 59 accès en 1880, 65 en 1881, 72 en 1882. A partir du 26 janvier 1883, les accès se succèdent sans interruption; élévation de température très forte; la déglutition devient impossible; coma et mort.

Autopsie. — Les os du crâne sont gorgés de sang. Les sutures existent. Injection très forte des méninges, qui s'arrachent difficilement. Sur le lobe occipital gauche et à la partie supérieure du lobe pariétal droit, on trouve une hémorrhagie à la surface. — Encéphale : poids 1390 grammes. En palpant doucement les hémisphères, on sent des nodosités d'une dureté cartilagineuse, sans modification de la forme des circonvolutions. Au pied de la première circonvolution frontale droite, il existe une proéminence à laquelle la pie-mère est adhérente; la forme de la circonvolution est normale, mais elle est subdivisée par des sillons accessoires. Les foyers d'induration sont isolés par des sillons; au sommet de ces nodosités on remarque une légère dépression ombiliquée. Ailleurs, la surface est presque toujours lisse, comme vernie. Les méninges molles se détachent facilement, sauf au point que nous avons signalé.

Hémisphère gauche. — La circonvolution pariétale ascendante gauche est amincie; le sillon de Rolando est rectiligne, à un seul point il se brise à angle droit. Les circonvolutions sont normales. Lobe frontal : dans le tiers antérieur et le tiers postérieur de la première frontale, on trouve une plaque de sclérose; la deuxième frontale est transformée en une série de noyaux durs, accolés les uns aux autres et séparés par un étranglement; le pied de la troisième frontale, sans être induré, a une consistance ferme et élastique. D'autre part, sclérose sur un pli de passage situé au milieu du lobe frontal, à la surface du lobule pariétal inférieur et du lobule paracentral. Hémisphère droit : les circonvolutions rolandiques sont plus larges qu'à gauche; la scissure interpariétale s'ouvre directement dans la scissure de Sylvius. Les noyaux de sclérose se trouvent : 1° au milieu et à la partie inférieure de la pariétale ascendante; 2° au tiers moyen de la première frontale; 3° à l'origine de la troisième frontale; 4° à la partie centrale du lobule pariétal supérieur; 5° à l'extrémité antérieure de la troisième temporale; 6° à l'origine des deux premières circonvolutions occipitales.

La consistance du cerveau est plus ferme qu'à l'état normal, surtout dans la couronne rayonnante. Autour des plaques de sclérose,

coloration légèrement jaunâtre. La sclérose porte principalement sur la substance grise, les parties sclérosées présentent à la coupe un aspect blanc et brillant; elles sont fermes; à certaines places, on voit une striation nette. Ces foyers de sclérose sont séparés de la substance blanche par un liséré jaunâtre. En quelques endroits, la sclérose porte seulement sur les parties profondes de la substance corticale, et il reste une couche grise à la périphérie. Dans la substance blanche de l'hémisphère droit, piqueté hémorrhagique. Le reste du cerveau, le cervelet et la moelle ne sont pas atteints par la sclérose, et les tissus semblent être normaux.

II. — *Microcéphalie; asymétrie des hémisphères; conformation anormale des circonvolutions; — corps calleux peu développé.*

Fig. 1.

(Comparer les figures 1 et 2.) — A.D., quatre ans (né avant terme, à six mois). Nourri d'abord avec du lait d'ânesse et du cognac; plus

Fig. 2.

tard nourri au sein. Développement psychique en apparence normal. Au bout de cinq mois, éclampsie (pâleur de la face, convulsions

toniques des bras et des jambes); ces convulsions se reproduisirent plus tard sous la forme de mouvements anormaux provoqués par le moindre contact. Aspect misérable, impotence absolue; il ne peut ni se lever ni se tenir assis; aucun signe d'intelligence. Il ne pousse que des soupirs plaintifs, absolument les mêmes pour exprimer le plaisir ou la peine. Si on le touche, il éprouve des convulsions toniques (opisthotonos) plus marquées à gauche qu'à droite, la respiration s'arrête: il se cyanose. Mort par pneumonie catarrhale.

Autopsie. — Circonférence crânienne horizontale = 40 centimètres; longueur = 27 centimètres. Diamètre bregmatique 27 centimètres. Courbure plus faible du côté gauche. Les scissures existent, sauf la suture frontale. Les os sont minces, transparents à certaines places. La dure-mère n'est pas adhérente. Les méninges molles sont œdématiées par places, troubles, et adhèrent en certains points au cortex cérébral. Encéphale. Poids: 625 grammes. *Hémisphère droit* (fig. 2): le sillon rolandique se trouve situé assez loin en arrière (à $6^{cm},9$ de la pointe du lobe frontal, et à $5^{cm},7$ de la pointe du lobe occipital); se bifurque et se termine directement dans la scissure de Sylvius. La scissure parallèle va du tiers postérieur au tiers moyen du lobe temporal; la première temporale est étroite, dentelée; pas d'autre anomalie importante à signaler.

Hémisphère gauche (Fig. 1): le sillon rolandique est profond, presque perpendiculaire, se bifurque en haut, et se termine directement dans la fosse sylvienne. Lobe frontal : les circonvolutions sont conformées à peu près comme celles du côté droit; mais le pied de la troisième frontale est aminci, dentelé, et s'enfonce sous les circonvolutions voisines; la partie antérieure forme une masse nettement limitée par un sillon (voir la fig. 1). Le lobe temporal est tout à fait anormal : la scissure parallèle s'ouvre dans la fosse sylvienne; la base du lobe est séparée du lobe occipital par un sillon profond qui part de la scissure de Rolando pour se diriger en arrière et en bas.

La différence de volume des deux hémisphères est très visible même pour les ganglions centraux, et surtout pour la couche optique plus petite à gauche qu'à droite; il en est de même pour les cordons pyramidaux.

Le corps calleux est représenté par une membrane mince qui est faiblement marquée seulement sur une coupe longitudinale. La commissure grise est large et mince; la corne d'Ammon est atrophiée. Les ventricules sont légèrement dilatés, l'épendyme est épaissi. La bandelette optique droite et le nerf optique gauche sont plus plats et plus minces que les parties correspondantes du côté opposé. La substance corticale est transparente et un peu bleuâtre; dans la

substance blanche, on trouve des traînées blanchâtres à côté de parties transparentes et jaunâtres.

III. — *Faiblesse psychique peu marquée. Épilepsie. Hydrocéphalie congénitale. Anomalies des circonvolutions et du sillon de Rolando* (voy. fig. 3).

W. âgé de dix ans. Application de forceps à la naissance, à cause du volume de la tête. Il apprend très tard à marcher, l'intelligence se développe lentement. Épilepsie à partir de cinq ans. Caractère irritable. W. fréquente l'école avec quelque profit. Pas de troubles nets du mouvement ni de la sensibilité; pas de trouble du langage. Mort par scarlatine, après admission à l'asile.

Autopsie. — Type d'hydrocéphale; circonférence horizontale du crâne 57 centimètres, longueur 37 centimètres, largeur 16 centimètres;

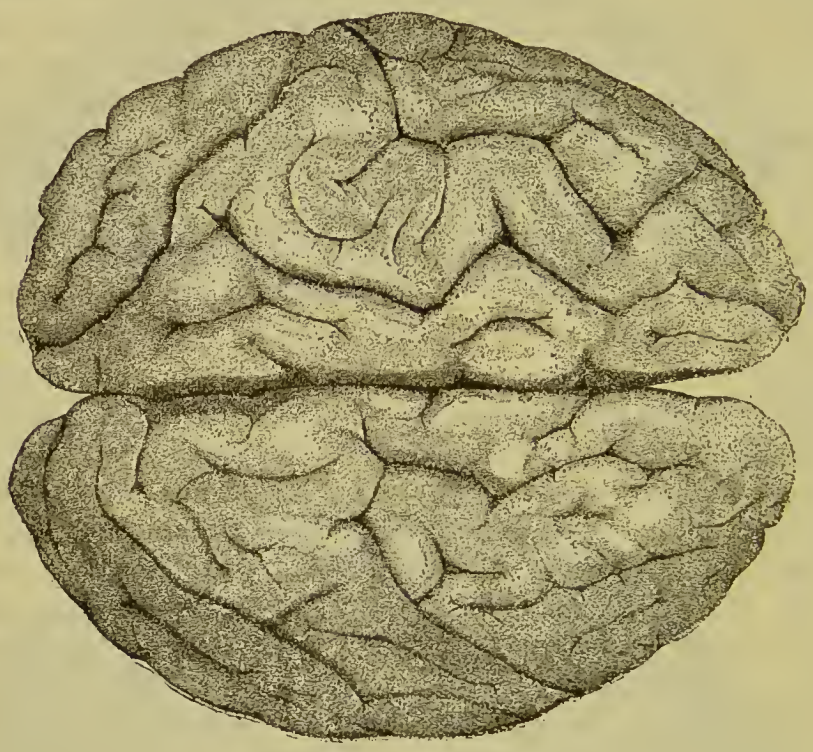


Fig. 3.

diamètre antéro-postérieur 19 centimètres; de l'arcade sus-orbitaire droite à la protubérance occipitale 18 centimètres, à gauche 18^{cm},5; distance des bosses frontales 4^{m},6, des arcades zygomatiques, 10 centimètres; des conduits auditifs externes 12^{cm},5; épaisseur du septum orbitaire 2^{cm},5, profondeur de la cavité orbitaire 11^{cm}2, hauteur 8 centimètres, largeur 6 centimètres; voûte crânienne régulièrement amincie; persistance des sutures, à l'exception de la suture frontale. La dure-mère est normale, non adhérente, les méninges épaissies,

troubles, très injectées et adhérentes par places. Beaucoup de sérosité dans l'espace arachnoïdien et surtout à la base du cerveau. A la surface de l'hémisphère cérébelleux gauche, kyste recouvert par les méninges, ne communiquant pas avec l'espace sous-arachnoïdien, et ayant comprimé l'hémisphère cérébelleux.

Encéphale. P : 1550; les circonvolutions sont plates, larges et volumineuses. *Hémisphère droit :* sillon de Rolando peu profond et ne se terminant pas en haut dans la scissure interhémisphérique, mais se recourbant en avant pour passer au-dessous de la première circonvolution frontale, dont il limite le bord inférieur : la première circonvolution frontale fait ainsi partie du lobe pariétal. Le sillon de Rolando semble aboutir directement à la scissure de Sylvius ; mais il en est séparé par un pli profond et mince d'une circonvolution. La scissure interpariétale est plus profonde que le sillon de Rolando.

Hémisphère gauche : un peu plus petit que le droit. Le sillon de Rolando arrive seulement vers le milieu de la deuxième circonvolution frontale, de telle sorte que les première et deuxième frontales se continuent avec le lobe pariétal (ce type rappelle le type cérébral avec sillons horizontaux). En bas, le sillon de Rolando se termine dans la scissure de Sylvius. La scissure interpariétale est très marquée et très profonde. La corne d'Ammon du côté gauche est aplatie; les ventricules, dilatés, contiennent environ 150 grammes de sérosité transparente. L'épendyme est épaissi. La commissure médiane (grise) est ronde, blanchâtre; elle a l'épaisseur du nerf oculo-moteur commun. Les ganglions cérébraux, et surtout la couche optique, sont plus larges à gauche qu'à droite; id. pour les pyramides. Le tubercule quadrijumeau postérieur gauche est plus petit que le droit. Moelle allongée et cervelet : rien d'anormal, sauf la compression dont il a été question plus haut.

En ce qui concerne les *modifications du crâne*, il est à remarquer que, chez les idiots, les modifications pathologiques du cerveau sont très rarement la conséquence d'une ossification prématurée des sutures (Wildermuth). On n'a observé cette synostose généralisée que chez un enfant de neuf ans atteint d'épilepsie et d'imbécillité profonde avec éréthisme. Sur un crâne macrocéphale (49 centimètres de circonférence) toutes les sutures, ainsi que la suture frontale, persistaient; il existait un kyste dans le lobe pariéto-occipital droit.

La diminution de la substance cérébrale (quelle qu'en soit la cause) est masquée : 1° par l'épaississement des os du crâne ; 2° par l'extension souvent considérable des sinus du nez ou de l'oreille moyenne (sinus remplis d'air). Ces deux modes de compensation des atrophies cérébrales généralisées ou partielles semblent plus fréquents que la compensation produite par une quantité plus grande de sérosité.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos VII
Préface du Dr Dagonet IX
Préface de la troisième édition allemande XIX

INTRODUCTION.

COMMENT IL FAUT COMPRENDRE LA FOLIE.

Les troubles psychiques considérés au point de vue de leurs rapports avec l'anatomie et la physiologie cérébrales 2
Notions nécessaires pour l'appréciation nosologique de la folie 4
Caractère clinique et descriptif de ce livre 5

CLASSIFICATION.

Étude symptomatologique 5
Importance de la marche 6
La nature des symptômes psychologiques indique la gravité plus ou moins grande du processus pathologique 7
Développement de l'affection 9
Résistance cérébrale 10
Cerveau *valide* et cerveau *invalide* 11
Causes générales de l'affection 12
Des cérébropathies psychiques; épuisements aigus du cerveau (délire aigu); forme chronique d'épuisement cérébral (paralysie générale) 14
Classification générale 15
Caractères cliniques des différents groupes 16

MÉLANCOLIE. — GÉNÉRALITÉS.

Bibliographie 19
Définition 20
Analyse des symptômes 20
Troubles du sentiment et de la volonté 20
Types cliniques 21
De l'angoisse 23
Sentiment pénible de l'affaiblissement de la volonté, dépression 25
Troubles de l'intelligence 26
Idées délirantes mélancoliques 27
Interprétation des troubles de la sensibilité 27

Délire des persécutions mélancolique, lycanthropie, délire hypochondriaque. 28
Troubles sensoriels et sensibles.... 29
— vaso-moteurs et trophiques.... 33
— de la respiration, de la digestion, de la menstruation.... 34
Insomnie.... 34
Expression mimique.... 35
Thérapeutique.... 35
Traitement somatique.... 36
Opium et injections de morphine.... 37
Bromure de potassium.... 89
Relèvement de la nutrition.... 39
Refus d'aliments.... 40
Traitement psychique.... 41
Traitement des différentes formes.... 42

DIFFÉRENTES FORMES DE MÉLANCOLIE.

Début.... 43
Types cliniques.... 45
Marche; modes de terminaison.... 47
Mélancolie passive.... 48
Raptus mélancolique.... 49
Mélancolie hypochondriaque.... 50
— *agitée*.... 51
Épisodes de *délire systématisé aigu*.... 53
Forme mélancolique avec illusions prédominantes.... 53
Mélancolie chronique.... 54
— hypochondriaque chronique.... 57
— du cerveau « invalide »; forme sénile.... 59
Forme neurasthénique torpide.... 61
Mélancolie des onanistes.... 61
— chez les syphilitiques.... 65
Melancholia attonita.... 66

MANIE. — GÉNÉRALITÉS.

Bibliographie.... 69
Définition.... 69
Analyse des symptômes. — Troubles de la motilité.... 70
Troubles du moral.... 72
Sentiment de satisfaction.... 74
Dépression maniaque.... 74
Troubles des sentiments affectifs (*moral insanity*).... 74
Troubles de l'intelligence.... 75
Fuite d'idées.... 75
Intensité variable de ce symptôme; confusion intellectuelle.... 77
Délire ambitieux.... 77
Altérations des fonctions sensorielles, sensibles, trophiques.... 77
Température; diminution du poids du corps.... 78
Traitement somatique.... 79
Bains.... 80
Hyoscyamine.... 81

Traitement psychique..... 82
— des différentes formes..... 82

DIFFÉRENTES FORMES DE MANIE.

Classification clinique..... 83
Manie douce..... 84
— *typique*..... 86
Phases épisodiques de délire systématisé aigu..... 88
Terminaisons..... 88
Fureur..... 90
Fureur mélancolique..... 91
Manies avec colère..... 92
— *sexuelles*..... 93
Moria..... 95
Manie grave..... 96
— *chronique*..... 101

DES AFFAIBLISSEMENTS PSYCHIQUES.

Bibliographie..... 103
Description analytique de la faiblesse intellectuelle..... 104
Types cliniques principaux..... 107
Délire systématisé secondaire; démence hallucinatoire..... 108
Démence proprement dite..... 110
Symptômes généraux..... 110
Expression mimique, physionomie..... 113
Démence secondaire versatile..... 114
— *apathique*..... 115
Thérapeutique..... 116

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ. — PARANOIA.

Bibliographie..... 117
Généralités..... 118
Analyse psychologique; genèse de la forme chronique..... 119
Forme aiguë..... 121
Analogies et dissemblance des deux formes..... 122
Symptomatologie générale du délire systématisé chronique (typique)..... 123
Idées délirantes; leur genèse..... 123
Délire intellectuel..... 124
— sensoriel..... 125
Les sensations anormales concomitantes sont attribuées à une influence extérieure (objectivation)..... 125
Influence du mot comme signe symbolique..... 126
Nature des idées délirantes..... 126
Troubles de la volonté..... 128
État moral..... 129
Signes somatiques..... 130
Marche..... 130
Thérapeutique..... 131

I. — FORMES DU DÉLIRE SYSTÉMATISÉ CHRONIQUE.

A. Délire des persécutions 132
Type cérébral 132
Choix du persécuteur 133
Importance et époque d'apparition des hallucinations; leurs différentes variétés 134
Systématisation du délire 135
Marche 136
Terminaison 137
Délire systématisé secondaire 137
Terminaison par démence progressive 138
Idées délirantes négatives 139
Type cérébro-spinal 140
Persécutions physiques 140
Début et développement 141
Hallucinations centrifuges et centripètes 143
Marche 144
Terminaison possible par guérison 144
Épisodes de délire systématisé hypochondriaque 144
Épisodes de stupeur; délire ambitieux 145
Terminaison par démence avec hallucinations 146
Délire systématisé avec dégénérescence (chez les onanistes) 148
— des persécutions, consécutif à l'ataxie locomotrice 149
— de jalousie chez les femmes 149
— — chez les hommes 150
Idées délirantes de grossesse 150
Forme *maniaque* du délire des persécutions 151
— *mélancolique* 151
Complication de *délire ambitieux* 151
Cas abortifs 155
B. Délire systématisé ambitieux chronique 156
Symptômes 156
Marche et terminaison 159
Forme négative de délire ambitieux 160
Variété subaiguë 161

II. — DÉLIRE SYSTÉMATISÉ AIGU. — GÉNÉRALITÉS.

Symptômes généraux 162
Types mélancolique, maniaque, stupide 162
Marche 164
Terminaisons 165

DES FORMES DE DÉLIRE SYSTÉMATISÉ AIGU.

1. *Délire systématisé aigu sensoriel* (avec hallucinations) 167
Type A. — Délire syst. exalté (cataménial), aigu et suraigu 167
— B. — — ambitieux maniaque subaigu 168
— C. — — systém. des persécutions, aigu et subaigu 169
— D. — — — aigu dépressif, puis expansif 170
— E. — — — aigu avec dépression et exaltation simultanées. 171
— F. — — — aigu hypochondriaque 172

Type G. — Délire systématisé cérébro-spinal subaigu 172
2. *Délire systématisé aigu mélancolique* 173
3. — — *maniaque* 177
Traitement du délire systématisé aigu 180
4. *Délire systématisé avec status attonitus. — Catatonie* 181
Forme religieuse expansive 182
Status attonitus 184
Marche 186
Forme dépressive (démonomaniaque) 186
Démence catatonique (transitoire) 187
Délire des gestes 188
Marche et terminaisons 189
Forme névralgique démonomaniaque 190
Variétés cliniques de démence catatonique 191
Catatonie hystérique 193
Manie catatonique 193
Status attonitus 194
Terminaison par guérison 196
Démence catatonique secondaire 197
5. *Délire systématisé aigu avec stupeur* 197

DÉMENCE PRIMITIVE AIGUË.

Bibliographie 198
Classification en deux groupes cliniques 199
Stupeur « organique » et stupeur « psychique » 199
La stupeur « organique » diffère de la melancholia attonita 199
A. *Démence primitive aiguë avec stupeur* (stupeur organique) 200
1. Forme de stupeur avec status attonitus 200
Terminaisons 204
Stupeur post-maniaque 205
2. Forme stupide avec hallucinations 206
Terminaisons 209
Appendice. — Stupeur hallucinatoire (stupeur psychique) 211
Variétés cliniques 214
B. *Démence primitive aiguë sans stupeur* (variétés post-fébriles, traumatiques et toxiques) 215
Démence versatile 216
— apathique 217
Traitement 218

FOLIE HYSTÉRIQUE.

Bibliographie 221
Tempérament hystérique 221
État des sentiments moraux 223
Anomalies du sens génital 224
Simulation et dissimulation 224
État des fonctions intellectuelles 224
Volonté; conduite 226
Symptômes somatiques 226
Folie hystérique 227

Folie hystéro-épileptique 227
Obnubilation, extase 229
Mélancolie hystérique 229
Manie hystérique 231
Délire systématisé hystérique 232
Délire systématisé hystérique dégénératif chronique 236
Démence hystérique avec dégénérescence 237
Traitement 238
Des indications d'un traitement gynécologique 239
Traitement des différentes formes de folie hystérique 241

FOLIE ÉPILEPTIQUE.

Bibliographie 243
Généralités 243
Symptômes 245
Type A. — Stupeur post-épileptique 245
— B. — Délire post-épileptique aigu avec anxiété 246
Modifications de ces deux types 247
Conscience et mémoire 247
Rapports entre la folie épileptique aiguë et les attaques convulsives 248
Différentes formes de la folie épileptique 249
Symptômes somatiques 250
Caractère épileptique 251
Démence épileptique 253
Considérations médico-légales 255
Traitement 255
Hydrothérapie 256
Bromure de potassium 256
KBr associé à l'atropine 257
Osmiate de potassium 257
Guérison spontanée 258
Transformation de l'épilepsie en hystérie 258
Appendice : *Les jeunes épileptiques* 258
Caractère épileptique dans l'adolescence 259
Des différentes formes cliniques suivant la nature de l'épilepsie 259
Troubles psychiques aigus survenant par épisodes chez les jeunes épileptiques 261
Traitement 263

FOLIE HYPOCHONDRIAQUE.

Bibliographie 264
Définition 264
Analyse des symptômes; développement de l'affection 264
Symptômes somatiques 268
Marche et terminaison 269
Délire systématisé chronique hypochondriaque (marasme hypoch.) 269
Neurasthénie psychique 271
Traitement 272

PSYCHOSES PÉRIODIQUES, CIRCULAIRES ET ALTERNANTES.

Bibliographie 273
Caractères généraux 273
Manie périodique 274
Types cliniques 277
Forme « juvénile » 278
Intervalles 280
Marche 281
Terminaisons 283
Symptômes somatiques 284
Mélancolie périodique 284
Folies circulaires 285
Caractères généraux 285
Symptomatologie : *a*) Manie circulaire 287
b) Délire systématisé circulaire 289
Phase mélancolique 290
Intervalle 292
Marche 292
Mélancolie avec dégénérescence 293
c) Stupeur circulaire 293
Succession des paroxysmes dans les psychoses périodiques et circulaires .. 295
Psychoses alternantes 301
Symptômes somatiques 304
Appendice : *Psychoses menstruelles* 306
Influence générale de la menstruation sur les formes de folie 308

DÉLIRE AIGU.

Bibliographie 310
Définition; variétés 310

1° *Formes irritatives :*

a) Délire aigu maniaque 311
b) — dans la paralysie générale 315
c) — mélancolique avec stupeur 315

2° *Formes caractérisées par l'épuisement :*

Délire aigu anergétique ou paralytique 319
Anatomie pathologique 321
Lésions histologiques 322
Le délire aigu mérite une description spéciale 323
Traitement 324

PARALYSIE GÉNÉRALE TYPIQUE (PARALYSIE PROGRESSIVE).

Bibliographie 326
Définition 327
Symptômes 328

a) *S. psychiques.* — Conscience; intelligence 328
Délire ambitieux paralytique 329
Délire ambitieux négatif 329
Troubles des sentiments moraux 330
Volonté 332
Considérations médico-légales sur les actes des paralytiques 332
b) *S. moteurs.* — Parole, écriture 333
Aphasie maniaque 334
Paralexie paralytique 335
Trouble de la marche, de l'attitude, des mouvements 335
Réflexes tendineux 336
Troubles de la motilité de la langue 336
Physionomie 337
Pupilles 337
Voix 337
Déglutition 338
Miction 338
Attaques convulsives 338
— apoplectiformes 340
c) *Troubles des sens et de la sensibilité* 340
Troubles visuels 341
Céphalalgie 342
Troubles des fonctions sexuelles 342
d) *Troubles vaso-moteurs et trophiques* 342
Température 342
Urine; othématomes; dégénérescences musculaires; inflammations et éruptions cutanées; décoloration des cheveux 343
Types cliniques. — *Forme maniaque* 344
Rémissions 347
Stade terminal 347

MODIFICATIONS DES SYMPTOMES.

a) Paralysie hypochondriaque 348
— circulaire 349
— avec délire des persécutions et hallucinations 349
b) *Paralysie avec démence primitive* 349
Variétés 350
Paralysie consécutive à des maladies fébriles aiguës 351

MODIFICATIONS DE LA MARCHE.

Paralysie « congestive » 351
Type Lunier-Baillarger 352
Paralysie secondaire succédant à une psychose 352
Marche prolongée ou rapide 352
Rémissions; intermissions; guérison 353
Durée dans la forme typique 353

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Macroscopique 354

Microscopique..... 355
Considérations nosologiques..... 356
Paralysie chez la femme..... 359
Traitement..... 359

CÉRÉBROPATHIES PSYCHIQUES (PARALYSIES MODIFIÉES).

Bibliographie..... 362
Paralysie par *péri-encéphalite chronique ou subaiguë*, ou *encéphalite subaiguë*..... 362
Caractères cliniques de la paralysie galopante..... 364
Lésions anatomiques; leurs relations avec certaines formes de manie grave. 364
Complication de *pachyméningite*..... 366
Atrophie cérébrale primitive sans irritation inflammatoire..... 369
— *cérébrale primitive avec irritation inflammatoire*..... 371
Démence sénile grave..... 373
Paralysie consécutive à des apoplexies..... 375
Sclérose disséminée portant sur la moelle et sur le cerveau..... 376
Paralysie consécutive à des ectasies capillaires multiples..... 376
— *dans les cas de tumeurs cérébrales*..... 376
— *tabétique*, etc..... 377
— *syphilitique*..... 378
Traitement..... 382

ALCOOLISME ET PSYCHOSES ALCOOLIQUES.

Bibliographie..... 383
Généralités..... 383
Psychoses alcooliques spécifiques. Ivresses pathologiques..... 385
Considérations médico-légales..... 386
Délire systématisé aigu des buveurs..... 387
Variétés..... 388
Délire systématisé chronique des buveurs. a) dépressif..... 390
b) exalté..... 391
Alcoolisme chronique..... 391
Symptômes somatiques..... 392
Caractère alcoolique..... 393
Conséquences de l'alcoolisme chronique..... 394
Delirium tremens..... 395
Delirium tremens fébrile..... 398
Pseudo-paralysie alcoolique..... 398
Paralysie alcoolique..... 400
Marche de l'alcoolisme chronique; états secondaires..... 401
Manies alcooliques..... 403
Mélancolies alcooliques..... 405
Épilepsie alcoolique..... 406
Traitement..... 407

FOLIES HÉRÉDITAIRES.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Bibliographie..... 408
Classification..... 409

I. — *Conséquences de l'hérédité* 409
II. — *Symptômes généraux : idées obsédantes, actes impulsifs* 413
Conscience 414
État moral 414
Idées obsédantes émotives et non émotives 414
Caractère psychologique des idées obsédantes 415
Sensations obsédantes 417
Apparition des idées obsédantes; leur influence sur le moral et sur la volonté 418
Crises 419
Mouvements et actes impulsifs 419
Leur mécanisme psychologique 421
Des monomanies 423
Kleptomanie 423
Pyromanie 423
Impulsion au meurtre et au suicide 424
Dipsomanie 424
Érotomanie 425
Agoraphobie 426
Symptômes somatiques 427
Inversion du sens génital 427
Considérations médico-légales 429
Traitement 430

B. — NÉVROSE HÉRÉDITAIRE; SON DÉVELOPPEMENT ET SA MARCHE.

Caractères cliniques généraux 431
Symptômes 431
Démence aiguë précoce 432
Marche ultérieure 433
Caractères cliniques de la folie héréditaire, des mélancolies et des manies héréditaires 434
Modes de terminaison 435
Appendice : *Psychoses transitoires* 436
Bibliographie 436
Formes 437
Manie transitoire 437
Variétés cliniques 438
Délire systématisé maniaque transitoire 439
Stupeur transitoire 440
Considérations générales 440
Folie aiguë alternant avec l'asthme 441
Psychoses neurasthéniques transitoires 442
Distinction entre les formes suraiguës de folies *ordinaires*, et les folies transitoires 442
Traitement 442

C. — FOLIE HÉRÉDITAIRE SIMPLE (maladie du doute et du toucher). 444

Appendice : *Délire systématisé des processifs* 449

D. — DÉLIRE SYSTÉMATISÉ ORIGINEL.

Développement 455
Formes cliniques 457

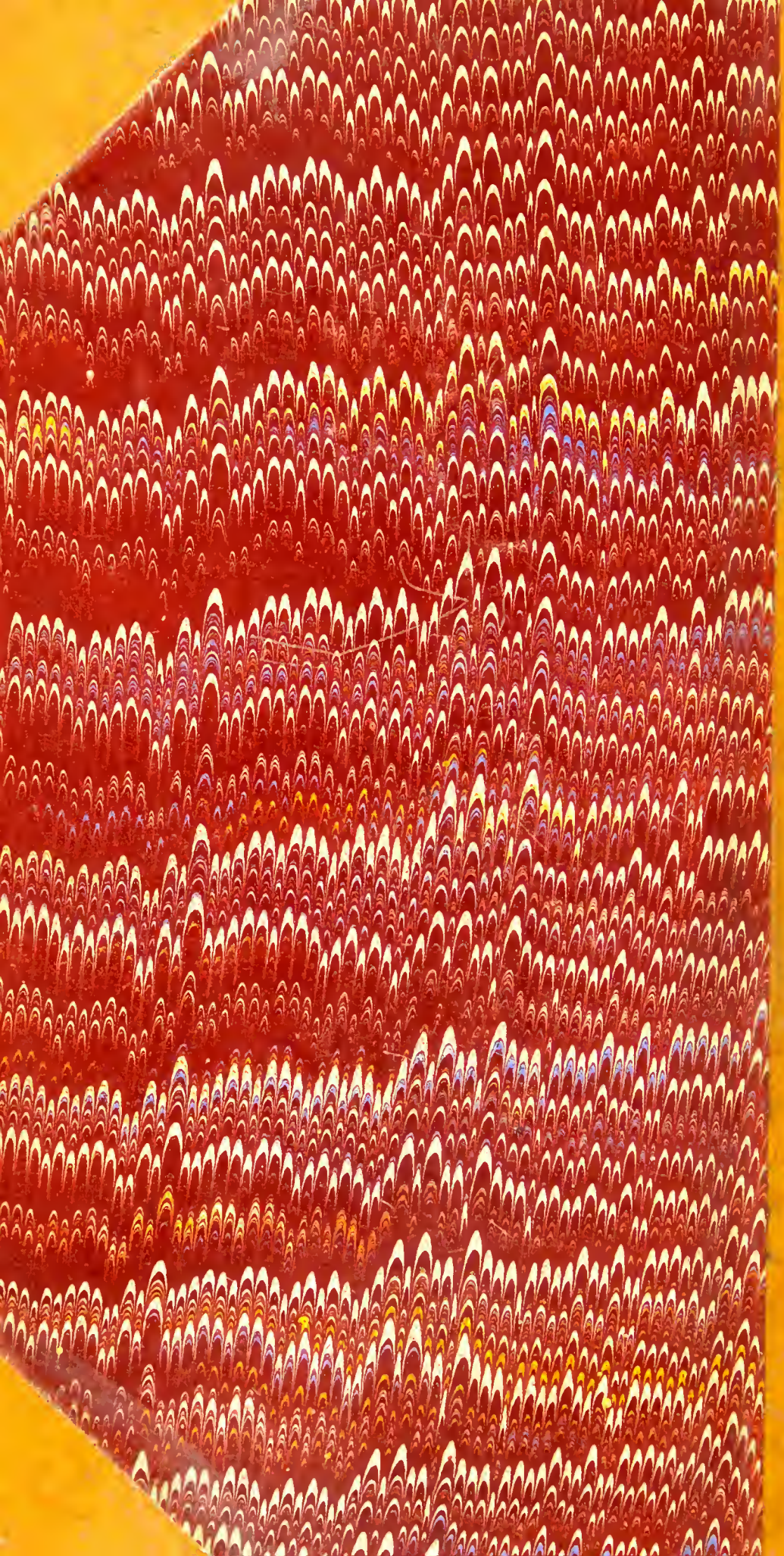
Forme mixte, dépressive et exaltée..... 459
Types cliniques spéciaux..... 459
Marche..... 460
Amélioration; guérison..... 461
Passage à l'état chronique..... 462
Association des idées; conduite des malades..... 462
Différents modes de terminaison..... 463
Passion exagérée pour les animaux fréquente chez ces héréditaires; développement remarquable de certaines facultés isolées..... 463
Affaiblissement intellectuel; perversions sexuelles..... 464
Causes somatiques de mort. — Transformation du délire..... 465

E. — FOLIE HÉRÉDITAIRE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE. — FOLIE MORALE.

Définition..... 466
Considérations psychologiques..... 466
Formes anergétique et éréthique (torpide et irritable) de la démence morale. 467
Symptômes..... 468
Développement..... 468
Folie des vagabonds..... 469
Marche..... 470
Forme irritable de folie morale chez les femmes mariées..... 471
Méchanceté pathologique dans la folie morale..... 472
Manies avec dégénérescence..... 473
Modes de terminaison..... 473
Traitement..... 474

IDIOTIE.

Bibliographie..... 475
Définition..... 475
Classification psychologique et clinique..... 476
1° *Idiotie absolue*..... 476
Symptômes cliniques..... 476
2° *Imbécillité*..... 478
a) Imbécillité profonde (idiots incapables d'éducation)..... 479
Symptômes..... 479
b) Imbécillité moyenne et légère..... 481
Symptômes..... 381
Types cliniques..... 483
Hébéphrénie..... 485
Complications somatiques de l'idiotie..... 486
Forme du crâne; familles naturelles..... 488
Tableau représentant les différentes formes du crâne chez les idiots de l'asile de Stetten (Würtemberg)..... 490
Observations anatomo-pathologiques..... 490

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

475 88. Corbeil. — Imprimerie Crété.